GH. SCRIPCARU
T. CIORNEA

DEONTOLOGIE MEDICALĂ

EDITURA MEDICALĂ

Coperta de: JEAN UDRESCU

Tehnoredactor: ELENA AFILIPOAIE
Bun de tipar: 08.02.1979
Formatul: 16/61×86
Hîrtie: Scris I A 61×86/41,47 cu 80% gr. alb

Coli de tipar: 11,50
Tiraj: 8720 ex.
Tiparul executat de I. P. Sibiu

„Medicina este într-adevăr o profesiune, dar nu este o profesiune ca toate celelalte. Ea cere nu numai multă pricepere, ci și multă dragoste pentru om, multă omenie, pasiunea de a te dedica sănătății semenilor".

NICOLAE CEAUȘESCU

CUPRINS

1 AXIOLOGIE, MEDICINĂ ŞI DEONTOLOGIE 9

2 DEONTOLOGIA MEDICALĂ, NECESITATE ŞI CONŢINUT 28

3 DEONTOLOGIA MEDICALĂ ÎN SOCIETATEA SOCIALISTĂ 34

4 DEONTOLOGIE ŞI PRAXIS 41

5 DEONTOLOGIE, MEDICINĂ ŞI TEHNICIZARE . . . 44

6 IMPLICAŢIILE ETICO-PSIHOLOGICE ALE RELAŢIEI MEDIC-BOLNAV 49

7 DREPTUL MEDICAL ŞI FORMELE RESPONSABILITĂŢII MEDICALE 55

8 DEONTOLOGIA EXPERIMENTULUI MEDICAL . . . 88

9 EROARE ŞI GREŞEALĂ ÎN MEDICINĂ 93

10 DEONTOLOGIA RISCULUI MEDICAL 100

11 RESPONSABILITATEA ÎN DIFERITE DOMENII ALE PRACTICII MEDICALE 112

12 MEDICINA LEGALĂ — PROMOTOR AL PRINCIPIILOR DEONTOLOGIEI MEDICALE 123

ADDENDA 130

BIBLIOGRAFIE 179

CUVÎNT ÎNAINTE

Am parcurs cu viu interes paginile lucrării de față; interes justificat atît de actualitatea temelor abordate, cît și de prezența acelor calități de fond care conferă acestui amplu studiu de Deontologie medicală eficacitatea unei impresionante pledoarii în favoarea principiilor unui umanism superior.

Personalitatea morală a medicului stă în centrul acestor preocupări. Dar autorii cercetării la care ne referim — prof. dr. Gh. Scripcaru și conf. dr. T. Ciornea — au înțeles admirabil că rolul medicului în societatea noastră, precum și codul de deontologie pe care-l reclamă, nu pot fi pe deplin reliefate decît pe fondul unei interpretări a tradițiilor existente în această direcție, a rezultatelor atinse de știința medicală, ca și a trăsăturilor și aspirațiilor proprii momentului actual al omenirii. Astfel orientată, dezbaterea se integrează unei perspective mai largi, cu vădite implicații sociale și filozofice, pentru a evidenția la fiecare pas superioritatea umanismului și metodologiei marxiste. Privită din această perspectivă, vocația medicului ne apare ca fiind prin excelență o vocație umanistă. Manifestîndu-se prin dăruire de sine, iubire și respect al vieții umane, competență și responsabilitate profesională, ea exclude egoismul individualizat, mercantilismul și birocratismul cu efectele lui sterilizante pe planul vieții morale.

Problemele de deontologie privesc în primul rînd realitatea psihologică și morală a cuplului medic-bolnav. Dar după cum reiese din ampla și laborioasa cercetare a distinșilor medici ieșeni, deontologia medicală poate

căpăta o semnificaţie mult mai adîncă şi mai cuprinzătoare: este o ştiinţă, dar şi o artă care priveşte nu numai soarta bolnavului, căci conştient de amploarea misiunii sale, medicul poate şi trebuie să devină la rîndul său, chiar în această calitate, un participant activ la opera de construcţie morală a societăţii noastre . . .

Ernest Stere

1

AXIOLOGIE, MEDICINĂ ŞI DEONTOLOGIE

Înaintea oricăror speculaţii, mai mult sau mai puţin abstracte, simplificatoare sau ermetice, filozofia este o meditaţie asupra condiţiei umane. Ea a constituit cîndva un prilej de reflexie şi ordine teleologică, poate chiar înaintea filozofului de geniu elin care a „coborît" filozofia din cer pe pămînt, umanizînd zeii şi zeificînd oamenii. Evocarea marelui moralist care a fost Socrate, şi care a făcut din moarte un principiu de morală, ni se pare semnificativă şi utilă azi, într-o epocă în care unii clamează subdezvoltarea morală a veacului nostru, răsturnarea ierarhiei valorilor, primejduind tocmai ceea ce este sublim şi specific uman.

În faţa unor întrebări-probleme: ce este mai valoros în secolul nostru, omul sau maşina, ce trebuie să umanizăm, tehnica sau însăşi natura, sau poate chiar genul căruia îi aparţinem, se simte nevoia reevocării inscripţiei de pe frontonul templului din Delphi: „Cunoaşte-te pe tine însuţi".

În faţa apologeţilor care încearcă să definească secolul nostru ca un secol al angoasei, iar sensul şi destinul omului ca o evoluţie unidimensională, se impune replica omului îmbogăţit de cogniţie şi predicţie, de optimism, sentimente, pasiuni, iubire şi prietenie. În acest sens ni se pare firească şi potrivită o discuţie despre marile concepţii care au preocupat şi preocupă universul uman, existenţa şi valoarea, valoarea şi morala. Ea trebuie să pornească de la postulatul că „pentru om, rădăcina este omul însuşi", de la faptul că omul nu-şi poate releva personalitatea fără o cunoaştere a valorilor, fără o scalare a lor, fapt dealtfel cunoscut de milenii prin existenţa unor coduri morale. Şi poate că niciodată n-a fost mai actual ca astăzi faptul că existenţa unui cod moral constituie un imperativ pentru om şi societate. Formarea „omului total", a omului multilateral,

de pildă, reclamă muncă şi perseverenţă, dar mai ales o teorie multilaterală. Axiologia marxistă deschide orizontul unei asemenea teorii, în care „taina valorilor" este rezolvată.

Valoarea se referă la stări de drept, la semnificaţii imperative şi practice pentru conştiinţă şi conduită, la ceea ce un individ sau o colectivitate consideră că trebuie să fie, că este demn a fi preţuit şi cucerit. În esenţa lor, valorile nu se constituie la nivel individual, ci la nivelul conştiinţei comunităţii umane; chiar dacă noi sîntem aceia care le alegem, ele sînt parcă impuse printr-o difuză „constrîngere" socială. În acelaşi timp, ele ne apar ca singura cale prin care putem depăşi tot ceea ce este efemer, singura cale prin care putem depăşi natura.

Valoarea a fost considerată diferit, fie ca expresie a plăcerii (Bentham), a dorinţei (Ehrenfels) ori a interesului (Perry), fie ca manifestare a unei voinţe raţionale (Royce) sau ca un „apriori emoţional" (Scheler) etc.

Ţinînd seama de interacţiunea permanentă subiect-obiect în cadrul praxisului, conceptul de valoare are, azi, semnificaţie totalizatoare. Astfel începe un discurs nou pe vechiul drum al înţelepciunii, un nou prilej de reflexie, tocmai parcă pentru a demonstra că acest secol nu reprezintă un moment de „criză în meditaţia filozofică" sau de subdezvoltare morală ci, dimpotrivă, o epocă de reconsiderare a valorilor într-o teorie generală, îndeobşte cunoscută sub numele de axiologie.

Meditaţia asupra valorilor, sintetizată într-un capitol aparţinînd filozofiei, a luat, la început, denumirea de timologie, apoi de axionomie, pentru ca, finalmente, să ajungă la denumirea de axiologie, termen introdus de Paul Lapie şi Eduard von Hartman. Etimologic, cuvîntul provine de la elinul „axios", care înseamnă a estima, a aprecia, şi „logos" — ştiinţă. Termenul „axiologie" este mai plin de sensuri şi semnificaţii decît cel de „timologie", deoarece în limba greacă „axia" înseamnă valoare în sens de „demnitate", iar „timo" înseamnă valoare în sens de „preţ". Termenul de „preţ" se referă la ceva care se poate cumpăra sau vinde, se apropie de ceva concret, de ceva palpabil, pe cînd „axia" conturează şi operează cu abstracţiuni, cu concepte, cu ceva neperisabil, cu ceva sublim, spre care tindem toţi. Axiologia ne introduce într-o lume nouă, într-un sistem nou, în care fiecare element corelat cu altul generează noi aspecte ontice şi cognitive. Dar dacă valoarea este o abstracţiune, ea nu e ruptă de existenţă, deşi poate fi disociată de corpul fizic, de suportul său.

Valorile, într-o accepţie elementară, par a fi calităţi, iar nu lucruri, note racordate la unele entităţi materiale. Ele îşi au originea şi se afirmă în praxis, în practica social-istorică. În acest sens, valoarea este o relaţie, este un fenomen specific social-uman, iar nu unul natural. Fiind o relaţie, ea presupune polaritate şi ierarhie. Polaritatea, la rîndul ei, presupune o atitudine antinomică, de apropiere sau respingere, de acceptare sau dezaprobare, de considerare a binelui sau răului; dar între aceste extreme intervin treptele care marchează ascendenţa sau descendenţa, comparativul sau superlativul, adică ierarhizarea, care se realizează pe baza unor criterii sociale determinate de trebuinţele practic-spirituale ale unei societăţi.

Teoria valorilor ar rămîne o simplă speculaţie dacă discursul său ar fi rostit în afara practicii sociale, în afara înţelegerii ştiinţifice şi considerării determinist-dialectice a societăţii.

Axiologia, deşi destul de recent apărută, are o istorie tumultuoasă; nu este intenţia noastră să descriem cronologic diferitele doctrine axiologice, dar considerăm că făcîndu-le un crochiu am aduce un plus de limpezime la înţelegerea actuală a acestei teorii.

Sintetizînd, doctrinele axiologice au considerat diferit subiectul şi obiectul. Unele teorii au acordat rolul principal, în aprecierea valorilor, subiectului, valoarea fiind definită ca o imanenţă a sa; altele au situat valorile în sfera transcendentă a obiectelor; iar ultimele, teoriile eclectice, au considerat atît subiectul, cît şi obiectul, echigenetice în apariţia valorilor. Cu alte cuvinte, sînt obiectele purtătoare de valori, sau subiectul le dă valoare? Din răspunsul care se dă la aceste întrebări rezultă una sau alta din doctrinele asupra valorii. Teoriile subiectiviste păcătuiesc prin faptul că ajung la identificarea valorii cu valorizarea şi la reducerea valorizării la plăceri, interese, dorinţe individuale, ignorînd deliberat elementul social. Subiectivismul eludează orice element al valorii care ar fi în afara eului, concentrînd astfel actul valorii la un fenomen pur egocentric, prin excluderea unor condiţionări de ordin social-cultural, obiectiv. La polul opus se situează teoriile care absolutizează momentul obiectiv al valorii şi care susţin că subiectul valorizează pentru că obiectele conţin valori, calităţi transcendente.

Emile Durkheim, promotorul unei teorii pansociologiste a valorilor, a emis conceptul de „reprezentare colectivă" în definirea şi ierarhizarea valorilor. Valorile, afirmă Durkheim, sînt fapte de origine socială cu o obiectivitate „tot atît de reală ca şi lucrurile"; ele reprezintă expresia unei dorinţe sociale, deci sînt supraindividuale. În felul acesta, valoarea devine o entitate independentă de om şi supraordonată lui, în afara oricăror condiţionări psihologice şi biologice.

Întrucît nu stă în intenţia noastră de a traversa complicata istorie a axiologiei, vom conchide că o explorare utilă şi fertilă a valorilor nu se poate face în chip disjunctiv, adoptînd o atitudine extremistă în geneza lor — obiectivistă sau subiectivistă —. Valoarea nu poate exista în afara unei relaţii dintre subiectul valorizator şi obiectul valorizabil, relaţie care se stabileşte în practica socială. O concepţie veridică şi ştiinţific-marxistă asupra valorilor trebuie să plece de la postulatul că „fără valorizare nu există valoare şi fără valoare nu există valorizare".

Valoarea este influențată de subiect, de structura sa psihologică, dar ea e determinată de experiențele sociale, care sînt înglobate în actul subiectiv al valorizării. Tot experiențele sociale sînt cele care conferă atribute obiective actelor umane, obligînd subiectul să acționeze într-un mod determinat, chiar dacă interesele lui de circumstanță sînt altele.

Valorile, și mai ales valorile morale, nu pot fi rupte de sentimentele și dorințele subiectului, și nici de influențele sociale, de modelele sociale care afectează direct relația dintre obiect și subiect. Obiectul își are valoarea sa independent de om, calitate pe care o dobîndește însă prin activitatea subiectului. În felul acesta trebuie înțeleasă relația elementului subiectiv cu cel obiectiv al valorilor, relație care se înfăptuiește și se desăvîrșește prin și în practica socială.

După Marx, valoarea este vehiculată prin limbaje transmițătoare de informație culturală cu un caracter istoric și social determinat, prin a căror decodificare se realizează semnificația umană inclusă în acte, relații, opere, ca produse ale creației omului, considerat „ca ființă generică, ca specie". Valoarea — scrie Marx în «Capitalul» — „transformă orice produs al activității creatoare a omului într-un hieroglif social". Mai tîrziu, oamenii caută să descifreze sensul acestui hieroglif, să descopere secretul propriului lor produs social.

*

Societatea socialistă reprezintă singura alternativă de cultivare și promovare reală a valorilor, în general, și a celor morale, în special, ca forme de reflectare ale conștiinței sociale. În societatea socialistă atît valorile politice, instructiv-educative, cît și cele etice se creează prin praxis. În ceea ce privește elementele moralei, normele și raporturile morale, precum și elementul esențial, conștiința morală, ele se structurează prin activitate într-un cadru interrelațional.

Pentru că morala are un caracter social-istoric, care variază în funcție de structura și dinamica diferitelor formațiuni sociale, ea are și un caracter de clasă. Există, fără îndoială, și unele aspecte ale valorilor și principiilor morale care, exprimînd aspirații general-umane, depășesc limitele intereselor de clasă, dar ele nu infirmă caracterul de clasă al acelorași valori. Spre exemplu, în orice societate binele este preferat răului, dar conținutul categoriilor, de „bine" sau „rău" depinde de interesele de clasă. Valorile morale se constituie în raport cu un ideal moral, acesta traducînd sintetic experiența, aspirațiile și comportamentul oamenilor în cadrul unui grup profesional, social, în cadrul societății, în general. Idealul moral se bucură de aprecierea supremă într-un sistem de morală și îndeplinește rolul de scop, de finalitate. Corespunzător lui se constituie principiile morale, precum și normele morale formulate în propoziții perscriptive și imperative.

Societatea socialistă constituie cadrul optim de dezvoltare și realizare a valorilor morale, în permanenta sa aspirație către mai bine, către o societate în care omogenizarea în planul superior a tuturor oamenilor este scopul suprem.

*

Axiologia, ca parte a filozofiei, privește toate științele și activitățile, inclusiv medicina, dar specificul de exercițiu al profesiunii medicale presupune cultivarea la modul superlativ a valorilor, pentru că ea operează în momente de tensiune, de mare dramatism, cînd însăși condiția umană stă sub semnul incertitudinii existențiale.

Medicina operează cu valori constituite într-o axiologie specială, al cărei scop este să susțină condiția umană în efortul și aspirațiile sale spre mai bine, ca și condiția medicului în societate. Axiologia medicală, teorie despre valorile medicale și atitudinea generală a medicului față de viața sa profesională este, în acest mod, un prilej de noi aspirații spre realizarea imperativelor integrale ale medicinii. Ea nu poate fi, așadar, altceva decît o „latură a filozofiei valorii și culturii", o latură în primul rînd a filozofiei și cultului pentru viață, om și condiția umană. Așa se explică de ce deontologia medicală apare depășită astăzi de axiologia medicală, care, pe fundalul îndatoririlor profesionale, conferă semnificația cea mai înaltă menirii și rostului medicului și medicinii în societate. Totdeauna, valorizarea social-umană a actelor profesionale ale medicului a avut la bază răspunsul la marile probleme de conștiință morală privind condiția umană, esența omului și mesajul medicinii. Așa, de exemplu, esența omului, susținută și de axiologia medicală, privește adevărul că omul este „ceea ce el devine", „ceea ce la care el aspiră"; sau, altfel formulat, adevărul că omul se caracterizează prin valorile autentice pe care le acceptă, prin cultul „reciprocității și solidarității umane" din care „naște bunătatea și altruismul", prin „contestarea și depășirea permanentă a pornirilor sale limitate, valorizarea oricărui act profesional și sensul afirmării umanității proprii".

Din subiectivarea sau asimilarea acestor valori rezultă sensul realizării demne a vieții omului și a medicului. A vindeca omul bolnav, a-l reda societății în toată plenitudinea forțelor sale fizice și spirituale și a-l ajuta să rămînă în conștiința publică prin această imagine despre puterea sa, iată scopul sublim și valoric superior al medicinii. E un scop realizabil numai prin societate, oameni și medici, care se integrează în efortul general de susținere și afirmare a calității vieții și atitudinii umane demne. În acest efort, medicul are el însuși, în plus, șansa de a se realiza, obiectivîndu-se în valori social-umane, cum sînt sănătatea fizică și morală. Totodată, el are șansa unui succes autentic de viață. Deci, în același timp, în aceste valori medicale se va obiectiva esența socială și umană a medicului, pre-

cum şi condiţia sa profesională de a realiza nu numai susţinerea vieţii biologice a altui om, ci şi dezvoltarea personalităţii sale, prin convertirea „naturii sale în cultură".

Dar, obiectivarea esenţei activităţii medicului ca om şi profesionist în valori medicale şi sociale presupune idealul slujirii fără rezerve a omului şi societăţii. Într-un astfel de concept, orice discuţie despre etica şi deontologia medicală trebuie să plece de la truismul că, alături de competenţa medicului, abnegaţia sa contribuie în modul cel mai eficient la realizarea integrală a actului medical; iar dacă admitem, în virtutea aceluiaşi truism, că accesul spre competenţa medicală autentică exprimă, în final, atitudinea faţă de muncă, faţă de conştiinţa muncii, avem în faţă primordialitatea incontestabilă a valorilor morale în medicină.

Axiologia şi deontologia medicală, înainte de a deveni un ghid de valori, ce ar da sentimentul reuşitei incontestabile în cazul conformării la ele, constituie, în realitate, o permanentă aspiraţie spre sursele sublime de realizare profesională şi socială. În condiţiile medicinii moderne hiperspecializate, deontologia devine un fel de numitor comun al tuturor specialităţilor, „sufletul medicinii şi filozofia păstrării şi redării sănătăţii şi a vindecării bolilor". Cum libertatea de alegere a medicului în slujirea integrală a bolnavului şi societăţii nu poate fi matematic prospectată, a oferi conştiinţa valorii şi limitelor actelor proprii şi a ajunge la găsirea celor mai uman-utile soluţii în situaţii dramatice, la trăirea şi crearea etică a datoriei profesionale cu fiecare caz, trebuie să constituie tot ceea ce-şi propune ca ideal orice morală medicală.

Consideraţiile de faţă îşi propun să se ocupe de acele convingeri care se vor concretiza în acte de conduită profesională privitoare la rostul şi necesitatea de protejare a sănătăţii spirituale şi fizice a omului, la efectele uneori grave, sub aspect uman, ale actului medical, ca şi la responsabilitatea medicală autentică şi nelimitată ce decurge tocmai din libertatea morală de acţiune a medicului; trăită adecvat, la gradientul său maxim de tensiune, această libertate convinge peremptoriu despre „imperiul său acaparator" în detrimentul conformismelor rigide, „a asimetriilor de valori" sau stărilor de ambiguitate, interes şi sensibilitate.

În lumina celor de mai sus, chiar şi eşecul profesional capătă o semnificaţie valorică, axiologică, ce obligă la convertirea sa în succes prin efort şi conştiinţa implicării în obstacol, susţinînd, astfel, efortul nelimitat al medicului în lupta cu boala şi suferinţa.

Axiologia medicală susţine apoi convingerea că morala medicală cea mai autentică se află la „intersecţia valorilor individuale cu cele instituţional-sociale", adică acolo unde „instituţia şi norma tind să se incorporeze în personalitatea şi aspiraţiile noastre". În ceea ce priveşte deontologia medicală, ca sistem de îndatoriri profesional-sociale deschise normelor sociale şi atitudinilor de opinie publică, ea conferă criteriile cele mai autentice de apreciere a muncii şi valorii medicului, criterii ce rezidă în identitatea dintre nivelul aspiraţiilor şi randamentul profesional, în conţinutul exemplar al relaţiilor interpersonale ale medicului, în opţiune şi îndeplinirea obligaţiilor ce caracterizează în primul rînd omul, şi apoi în conştiinţa drepturilor proprii. În acest sens, Moore spunea că cel ce pretinde a avea numai drepturi şi dreptate, nu creează. Criteriile de raportare a muncii sale vor presupune şi asumarea riscurilor şi zbuciumurilor sale profesionale ca adevărată cale spre „strategia libertăţii sale", urmată de anticiparea şi convertirea lor în satisfacţii adevărate.

Cunoscînd cerinţele deontologiei medicale, ca şi ale normelor tehnice profesionale, medicul va avea cu atît mai puţine îndoieli şi nelinişti şi va fi cu atît mai util bolnavului şi societăţii. Prin însuşirea preceptelor şi cerinţelor normativ-deontologice, el va avea şansa unei experienţe pozitive de viaţă, şansa de a se realiza în valori obiective şi de a „forţa mereu autodepăşirea" şi satisfacţia sa morală. El va găsi aici calea moral-stenică de rezolvare a conflictelor sale şi sursa reuşitei progresive prin limitarea insuccesele, prin acceptarea permanentă a unor sarcini mai dificile, mai frumoase, mai utile, chiar dacă astfel înfruntă tensiunile psihologice proproprii. Experienţa acestei tensiuni va fi o sursă de autodepăşire, de realizare a binelui şi succesului, după cum dificultăţile sale — o condiţie a maturizării profesionale. „A nu fi satisfăcut de ceea ce ai făcut, pentru că se putea face şi mai bine, a nu cădea pradă panicii în incertitudini sau insuccese" constituie resortul intim al progresului şi afirmării sale demne.

Pentru a forma atari convingeri, deontologia medicală trebuie să se bazeze pe un climat educativ de încredere deplină, de loialitate şi libertate profesională, condiţii propice unei evoluţii morale armonioase. În acest climat, departe de a fi nişte „afirmaţii saturate de adevăr", normele deontologice se adresează şi conving numai în cadrul unui dialog ce evită orice sentiment de frustrare şi inferioritate; acest dialog, ce decurge din statutul celor ce studiază, implică un permanent şi reciproc transfer în care două persoane cu „experienţe profesionale diferite", dar cu aceleaşi dorinţe, „se regăsesc deopotrivă". Numai într-un astfel de climat se poate realiza imperativul formativ al deontologiei medicale moderne, de a face mai mult bine, de a oferi mai mult adevăr, de a susţine oricînd pentru „a obţine mai multe datorii şi echitate". Numai într-un astfel de climat se poate trezi nemulţumirea pentru ceea ce faci, cutezanţa şi îndrăzneala în munca proprie (J. Rostant spunea, metaforic, că preferă un om nemulţumit unei turme de rinoceri satisfăcuţi); numai astfel se poate cultiva iubirea adevărată, acea „admiraţie ce nu oboseşte niciodată", în stare să contureze o şcoală, cea a medicinii. Numai într-un asemenea climat pedagogic se poate forma sentimentul competenţei proprii depline, prin evitarea oricăror discordanţe dintre nivelul aspiraţiilor şi cel al randamen-

tului performanţelor profesionale, dintre nivelul dezirabilităţilor proprii şi al celor posibile, dintre valoare şi nonvaloare în medicină.

Numai într-un climat de dialog constructiv se cere deci realizată aspiraţia medicală spre un ansamblu al unor relaţii interumane morale în medicină. Dialogul bazat pe sentimentul de demnitate şi pe relaţia de empatie şi simpatie permite descoperirea autentică de sine şi a celuilalt, ca şi modelarea comportamentului.

Ideile înaintate trebuie să devină o conştiinţă comună, a tuturor, fără ca prin aceasta ele să se depersonalizeze. Permanent asimilate, ele trebuie să devină un bun comun prin integrarea într-un raţionament profesional propriu, într-un comportament propriu. Faptul este valabil şi pentru axiologia şi deontologia medicală, care preiau tot ceea ce este pozitiv, valoros şi valorizant din axiologia şi din cunoaşterea umană. Toate aceste achiziţii şi valori trebuie să se condenseze creator în norme de comportament profesional, cu sarcina de a prelua climatul axiologic de lucru al unui randament social maxim prin performanţele şi randamentul profesional medical. Ele, aşa cum spunea J. L. Faure, trebuie să „ne ajute să ne ridicăm la înălţimea acestei profesiuni şi arte minunate. Să fim demni de ea şi astfel să fim demni de destinul nostru. Şi deoarece nici nu se poate altfel, noi trebuie să depindem numai de conştiinţa noastră, să ascultăm vocea ei suverană, şi anume, că ţinem în mîinile noastre răspunderea unei vieţi umane, a acestei vieţi prodigioase, a acestei scîntei sublime care o clipă străluceşte în noapte şi dispare pentru totdeauna. Să coborîm în noi înşine şi să urmăm fără regrete şi fără slăbiciune această voce interioară, această voce în acelaşi timp puternică şi tăcută, care urcă din străfundurile noastre şi comandă datoria noastră".

*

Socialismul transformă radical condiţia materială şi spirituală a omului. Aici, omul, cum afirma Marx, devine făptura supremă pentru om. În ţara noastră, medicina dobîndeşte, în concordanţă cu realităţile sociale, mesajul său profund uman şi, în cadrul general al relaţiilor sociale socialiste, îşi îndeplineşte menirea de a ajuta la „împlinirea personalităţii umane", a omului „stăpîn pe destinul său". Prin menirea sa, medicina slujeşte nelimitat idealul uman al omului, căci, aşa cum spunea tovarăşul Nicolae Ceauşescu, „medicina este într-adevăr o profesiune, dar nu o profesiune ca toate celelalte. Ea cere nu numai multă pricepere, ci şi multă dragoste pentru om, multă omenie, pasiunea de a te dedica sănătăţii oamenilor".

Într-o astfel de finalitate, sperăm în beneficiul integral al dialogului despre deontologia medicală.

Camil Petrescu spunea că legile juridice, deşi făcute de oameni, nu sînt legi adevărate, pentru că legile adevărate sînt cele din conştiinţă. Ceea ce îşi propune deontologia este să furnizeze „argumente corecte în scopul de a gîndi ceea ce e bine", de a aspira spre convingeri autentice, de a subiectiva principiile morale şi apoi a le obiectiva în norme de comportament şi atitudine profesionale, care vor aduce reale satisfacţii profesionale.

Morala autentică este morala aspiraţiei profesionale, a alegerii şi convergenţei principiilor morale consacrate cu realitatea faptelor medicale concrete şi inedite în scopul apărării omului şi creării condiţiilor de împlinire socială. Aceasta este semnificaţia cunoaşterii şi recunoaşterii „regulilor de conduită deontologică considerate ca valabile în mod absolut", şi anume de a da sentimentul aspiraţiei etice proprii. Numai această convingere etică proprie va conferi succesul pe măsura efortului medicului şi a mesajului etico-social al profesiunii sale.

În medicină, ca şi în alte profesiuni, cultul muncii, cinstea, dreptatea, abnegaţia etc. constituie cele mai sigure valori, care, conferind satisfacţii profesionale, generează totodată satisfacţii de viaţă. Medicul trebuie să-şi clădească viitorul profesional pe onestitate, să facă din fiecare gest profesional un mesaj şi din muncă şi conştiinţa datoriei împlinite marea sa virtute. *Mutatis mutandis*, a trăi profesiunea înseamnă a te identifica cu valorile ei, a lupta pentru afirmarea lor; a trăi înseamnă, aşa cum spunea Tudor Vianu, a simţi viaţa puternic.

Pentru a avea garanţia realizării unei morale superioare, medicul trebuie să aspire permanent spre înalte valori medicale, să tindă la o autodepăşire permanentă prin „modificarea cîmpului" său de existenţă profesională, să înfrîngă ceea ce este temporar cu ajutorul a ceea ce este permanent şi uman-valabil, să trăiască profesiunea la gradientul de responsabilitate maximă. Natural că, în acest efort sublim, medicul se consumă pe el însuşi; dar ce poate fi mai uman „decît a da sănătate din propria sa sănătate, a trăi viaţa la incandescenţă maximă", a lupta permanent „pentru «a deveni», care este mai important decît «a fi»".

Medicul, pentru „a fi el însuşi", se realizează prin ceilalţi, prin oameni, prin bolnavi. Pentru aceasta, el trebuie să privească bolnavul ca pe un subiect şi nu ca pe un obiect, iar prin slujirea lui, să tindă să devină în cel mai autentic grad un *homo humanus*. În scopul atingerii unor atari valori superioare, medicul trebuie să-şi mobilizeze toate rezervele de energie, de devoţiune şi pasiune pentru om; aceasta îi va permite să-şi împlinească rolul social şi să-şi transforme pasiunile într-un succes moral. Luptînd cu inerţia, indiferenţa sau insensibilitatea, el va trebui să trăiască permanent nevoia de valori, ca semn suprem al aspiraţiilor şi dorinţei de depăşire a limitelor proprii. Dacă se afirmă că un om este un om prin raţiunea altor oameni şi că noblеţea unei persoane se măsoară prin capacitatea ei de comuniune cu alţii şi de sacrificiu pentru alţii, atunci medicul

trebuie să trăiască la cea mai înaltă tensiune de conştiinţă a datoriei, nevoia de sacrificiu şi de slujire a semenului.

Omul este valoarea pe care medicul o slujeşte cotidian şi a cărui condiţie biologic-spirituală o susţine în scopul realizării celor mai înalte aspiraţii social-umane. Medicina, implicînd o concepţie antropologic-filozofică despre om, concepţie ce se află la intersecţia ştiinţelor biologice cu cele sociale, vizează permanent nu numai atributele ontologice, dar şi pe cele axiologice ale omului. În această optică, medicul nu poate vedea omul numai sub aspectul suferinţei sale biologice, atîta timp cît acesta este o realitate bio-psiho-socio-axiologică. Totodată, el nu poate vedea omul numai sub aspectele sale ideale, spirituale, aşa cum încearcă să-l prezinte concepţiile existenţiale sau fenomenologice; concepînd omul „dincolo de existenţa sa biologică", „deasupra mediului său de existenţă", aceste concepţii accentuează opoziţia dintre trăirile spirituale şi realitatea biologică a omului.

Medicina priveşte omul în realitatea sa de unicat şi ca atare, în condiţia sa de neînlocuit. Într-o concepţie axiologic-medicală despre om, „cea mai inutilă viaţă are o valoare infinită". A neglija un om înseamnă, cum spunea un mare medic, a sărăci umanitatea. Măreţia omului rezidă deci tocmai în caracterul său de unicat, şi ca atare în diversitatea sa. În virtutea acestui adevăr, omul nu poate fi tratat ca un obiect, el trebuie considerat ca un subiect, care obligă la acordarea unui respect deplin. Omul tinde să dea totdeauna biologicului o semnificaţie spirituală pentru a evita moartea definitivă prin dispariţia fizică, astfel încît, „în foamea sa de idealuri şi în goana sa după valori", el îşi „realizează datoria sa de a fi om prin înţelegerea răspunsurilor faţă de sine". Medicina susţine din toate puterile efortul omului care „este destinat a-şi realiza măreţia succesului său, şi alături de societate, face eforturi pentru a-i asigura acest succes, pentru a-l ajuta să se împlinească prin creaţia sa". Medicina luptă alături de om pentru valorizarea atributelor sale umane, cunoscînd „atît slăbiciunea din măreţia sa, cît şi măreţia prin slăbiciunile sale".

Medicina ajută omul să facă saltul de la ontologic la axiologic prin cunoaşterea nevoilor sale complexe bio-psiho-socio-axiologice. Ea îl ajută să depăşească nivelul unor trăiri *hic et nunc* şi să aspire spre cele mai înalte culmi ale realizărilor umane. Medicina nu poate să privească omul ca pe un produs mecanic al condiţiilor sale de existenţă, ci, dimpotrivă, trebuie să-l ajute la transformarea acestor condiţii, să-i „înţeleagă subiectivitatea pentru a-şi explica resursele obiectivării lui umane". Numai în acest mod medicina poate ajuta omul să devină „o valoare totală şi universală". Cunoscîndu-i condiţia socială, precum şi condiţia psihologică şi cea axiologică, medicina dă echilibru integral omului, oferă o viziune integrativă asupra efortului său creator. Medicina se întîlneşte astfel cu condiţia umană în toate ipostazele sale „de viaţă şi moarte, dragoste şi

ură, speranţă şi deznădejde, revoltă şi resemnare, mulţumire şi nemulţumire etc., angajînd-o într-o depăşire care are ca scop realizarea esenţei umane.

În utilizarea judecăţilor de valoare, în medicină trebuie să plecăm necondiţionat de la criteriile morale ce conferă caracter absolut vieţii umane. Viaţa umană are în primul rînd o valoare socială. Ea este ocrotită în interesul societăţii, al colectivităţii şi individului şi nu se poate dispune de ea oricum. Valoarea socială a vieţii s-a afirmat încă din cele mai vechi timpuri. La romani, de pildă, uciderea unei persoane libere era considerată o infracţiune împotriva colectivităţii. Astăzi, tocmai pentru a ilustra această valoare, se vorbeşte tot mai mult despre aşa-numita „calitate a vieţii".

Pentru Pavel Apostol, „calitatea vieţii" este amenitatea condiţiilor de existenţă, adică proprietatea de a face viaţa plăcută, agreabilă, atractivă, ca exprimînd efectul progresului social asupra indivizilor. În acest sens, medicina, prin menţinerea sau recuperarea stării de sănătate, contribuie la creşterea nivelului material şi cultural, a nivelului de trai al societăţii. Calitatea vieţii constituie un indicator al dezvoltării economico-sociale, ca şi al condiţiilor ecologice ce relevă modul şi măsura în care producţia materială, repartiţia ei, dezvoltarea ştiinţei şi culturii se reflectă în condiţiile de viaţă ale omului. Medicina trebuie să ţină cont de efortul societăţii în susţinerea calităţii vieţii, a calităţii omului, să susţină condiţia sa socială, care „tinde permanent să lărgească limitele omenescului" atît sub aspect biologic cît şi axiologic. Plecînd de la realitatea omului ca unicat, cu valoare specifică, de neînlocuit, ea trebuie să susţină condiţia umană şi s-o îmbogăţească în permanenţă.

În climatul „riscurilor tehnocraţiei" medicale actuale, ea îşi accentuează ţelurile umaniste. Căci dacă pătrunderea tehnicii în medicină aduce dificultăţi de alegere, de eroare şi de risc al decompensării, al dezumanizării, precum şi o devalorizare a condiţiei profesionale, ea trebuie să promoveze cu atît mai mult respectul absolut pentru om, luptînd viguros cu orice mediu „alienant".

O importanţă deosebită în acest sens o are *personalitatea medicului.* Medicul trebuie să tindă spre o personalitate care să se adapteze specific la ambianţa profesională şi care să conducă la o atitudine responsabilă faţă de acţiunile sale. Personalitatea medicului trebuie să implice în cel mai înalt grad opţiunea şi angajarea în afirmarea creatoare şi obiectivarea valorilor umane ale medicinii.

În condiţiile societăţii socialiste, medicul dobîndeşte posibilitatea de a-şi „afirma individualitatea prin colectivitate şi de a afirma colectivitatea prin individualitatea sa", valorizînd astfel latura creatoare a personalităţii sale.

În acest sens, personalitatea medicului se impune ca un element important de realizare a umanismului social, care garantează și ajută pe om să-și valorizeze potențialitățile creatoare prin muncă și să-și găsească astfel locul cel mai adecvat în angrenajul social.

O personalitate construită multidimensional îl determină pe medic să-și depășească „concretul biologic prin abstracție și valori morale", printr-o neîncetată ascensiune spre mai bine și mai frumos; îl ajută să promoveze calitățile omului pentru scoaterea lui din „zone infraumane", stimulîndu-l permanent în crearea de valori. Iată în ce constă rolul euristic al muncii medicului. Dealtfel Descartes spunea că medicina nu este altceva decît o antropologie aplicată și cerea medicului să contribuie la ameliorarea omenirii nu numai pe plan fizic ci și pe plan moral, deoarece numai medicul poate înțelege deopotrivă slăbiciunile și măreția omului, putînd acorda vieții o cale privilegiată, superioară de evoluție.

S-a mai spus apoi că „omul este ființa supremă pentru om", că sensul euristic al vieții rezidă în activitatea creatoare de valori umane. Inseparabilă de valori și de sensul vieții, *fericirea profesională* constituie o problemă centrală a existenței umane. Această fericire este definită ca o stare sufletească de satisfacție pe care o dă împlinirea unei dorințe, a muncii și a aspirațiilor specific umane. Fericirea este un ideal, „o valoare ce rezidă în a face fericiți pe ceilalți", iar aprecierea semenilor, a societății, devine criteriul de referință valorică al fericirii individuale. Medicul are datoria principală să lupte pentru sporirea patrimoniului valoric al medicinii și societății și, în același timp, pentru asimilarea permanentă a valorilor, în scopul realizării idealului umanist al profesiunii sale.

Cea mai autentică personalitate medicală este deci personalitatea axiologică, personalitatea care se raportează conștient la valori, „afirmîndu-se prin opțiuni valorice și căpătînd astfel autonomie valorică". Faptul implică integrarea socială, transformarea preferințelor subiective în opțiuni valorice obiective, acceptarea ierarhizării valorilor precum și interiorizarea acestora ca norme, modele sau idealuri. Medicul va obține astfel *demnitatea* sa integrală, rezultată din acțiune, și va realiza, cum spunea Unamuno, țelul spre umanitate al omului. Imaginea despre sine va constitui un mijloc de autoevaluare veridică în condițiile comuniunii cu ceilalți oameni, prin care existența sa individuală tinde spre desăvîrșire și demnitate. Medicul nu va putea fi în acord demn cu propria sa conștiință atît timp cît va ignora atitudinea celorlalți. Medicina este o cale fidelă și veridică către ceilalți oameni, iar principiul de „a te cunoaște pe tine însuți" se întregește prin alteritate, prin ceilalți. Biografia medicului devine astfel o biografie pentru ceilalți atît timp cît scopul vieții sale profesionale este nevoia de a face binele, de a sluji demnitatea proprie ca și a celorlalți. În „Discurs asupra metodei", Descartes spunea că dacă este cu putință să aflăm vreun mijloc care să-i facă îndeobște pe oameni mai

înțelepți, mai demni și mai pricepuți decît au fost pînă astăzi, atunci acest mijloc trebuie căutat în medicină. El conferea această calitate medicinii nu atît pentru atributele sale antropologic-axiologice, cît pentru rolul de constructor al personalității medicului, avînd aptitudinea de a fi „dinamică și ponderată, cuprinzătoare științific și intuitivă, realistă și ideală, romantică și clarvăzătoare, curajoasă și modestă, dreaptă și umană, exigentă față de sine și înțelegătoare față de altul", demnă și generoasă.

Personalitatea medicului trebuie să se întruchipeze, așadar, în multiple *calități morale*. Ele au fost puse în evidență încă de Hipocrate, care spunea că medicul trebuie să aibă calitățile filozofului, și anume sete de cultură, dragoste de studiu, dezinteres, moravuri austere, modestie și reputație bună. În același timp, el trebuie să aibă o judecată sănătoasă, sînge rece, liniște sufletească, curățenie morală și un suflet larg, cunoscînd viața și fugind de lucruri josnice. Toate aceste calități trebuie obiectivate permanent și la cel mai înalt nivel prin muncă și prin efectele ei. Mai mult, Hipocrate cerea medicului să aibă un aspect plăcut, să fie îngăduitor și amabil, să aibă o figură calmă și serioasă, să nu fie impulsiv și pripit, să nu fie indispus, dar nici prea vesel. Contactul cu suferința, cu viața trebuie să-l facă mai bun, mai responsabil, să-l ridice mai sus ca om. Muncind cu pasiune și generozitate, medicul va obține strălucirea profesională tocmai printr-un echilibru psihic necesar în condițiile cele mai dificile de tensiune umană, pornind de la care el va acționa rațional, dînd dovadă de maximum de obiectivitate în comportare.

Plecînd de la adevărul că bolnavul pretinde totdeauna mai mult medicului decît altui om, acesta trebuie să fie și un bun pedagog, un bun *educator*, atît al altora cît și al său. Medicul trebuie să se autoeduce în spiritul unei „generozități comunicative", să-și cultive onestitatea intelectuală, echilibrul psihic și stăpînirea de sine. El trebuie să-și formeze în același timp un simț deosebit al răspunderii și al autoevaluării, o conștiință permanentă a datoriei, luptînd cu tot ceea ce este dezumanizant și care îl poate face „fără suflet". Prin autoeducație medicul trebuie să ajungă să îmbine armonios dragostea cu răbdarea, înțelegerea cu exigența, evitînd atît excesul de autoritate cît și îngăduința excesivă. Eduard Pamfil spunea că medicul trebuie să fie prezumptiv și uman, neutral și empatic, distant și fratern și să aibă întotdeauna în vedere faptul că omul, fiind o ființă de natură etică, are obligația să difuzeze în jur un cîmp de conștiință etică. Numai valorile morale vor trebui să ne deosebească de alte ființe, să ne ajute să ne împlinim, să ne desfășurăm și să ne desăvîrșim ca ființe morale. Căci drumul spre cunoașterea valorii proprii este drumul spre construirea acestor valori, medicul fiind mereu nesatisfăcut de propria sa condiție și luptînd pentru a se depăși mereu. El va lupta să nu piardă cu nimic simetriile sale etice pentru „a nu deveni o dorință fără satisfacție și un sentiment fără răspuns".

Etica aspirației medicale va fi semnul distinctiv al personalității medicului. Opinia publică judecă medicul îndeobște prin prisma aspirațiilor sale „către ceilalți", către bine. De aceea medicul trebuie să aspire spre cele mai înalte culmi ale eticii profesionale prin asumarea, în primul rînd, a unor noi datorii morale. Fericirea sa supremă este asigurată de însuși conținutul medicinii. Medicul trebuie să privească și să găsească în om umanitatea întreagă. Înțelegînd suferința și oferind compasiunea, ca formă superioară de simpatie și empatie, el va lupta cu conformismul și uniformitatea în favoarea aspirației etice. Sub acest aspect, deși un cod de etică profesională constituie un ghid de orientare, el nu poate înlocui total conștiința creatoare medicală, care constituie pentru medic o permanentă sursă de aspirație spre culmile moralei profesionale.

Idealul medical ca aspirație constituie, așadar, o valoare cu funcție de adaptare și depășire a eului propriu al medicului, ca o năzuință de perfecționare care mobilizează nevoia acestui ideal profesional-social tocmai pentru a avea sentimentul valorii proprii și pentru a da sens vieții sale. Căci idealul de viață este propriu omului și permite structurarea personalității în momentul în care el se validează prin muncă.

Vocația medicului constituie o valoare perenă în medicină, care trebuie susținută viguros de motivațiile acestei profesiuni. Ea este pasiunea care permite realizarea uman-profesională a medicului, făcîndu-l pe acesta creatorul propriilor sale valori, al valorilor care se bazează însă pe slujirea omului ca realitate inalienabilă și care presupun lupta cu propriile limite pentru a susține nelimitat condiția umană. Vocația medicului este demnitatea sa și rezultă din actele ce slujesc umanitatea. Ea asigură devenirea medicului prin abnegație și sacrificiu cotidian, prin acceptarea conștientă, dacă este cazul, a unor privațiuni personale. Numai munca și lupta cu mediocritatea, numai depășirea dificultăților poate reduce distanța dintre idealul dorit și cel realizat, permițînd astfel depășirea permanentă a condiției noastre umane. Vocația medicului este, deci, vocația unei „nevoi sociale" de „slujire a medicinii fără a se sluji de ea" și de atingere a idealului profesional prin valorizarea tuturor resurselor sale fizice și intelectuale. Ea este răspunderea „pentru om, ca adevăr concret, cotidian și nu ca fetiș", este entuziasmul și calmul, curajul și prudența, capacitatea deciziei și simțul pentru uman, bunătatea și competența, simțul limitelor și recunoașterea greșelilor proprii. Vocația medicului este consumul permanent de valori și idealuri care înlătură vidul moral, este „capacitatea medicului de a ști mai mult pentru a putea mai mult". Vocația privește în același timp nu numai competența ci și capacitatea de recunoaștere a greșelilor proprii și valorizarea lor morală, capacitatea de a cere un sfat, nemulțumirea pentru lucrurile neterminate, nevoia omului de a fi el însuși sursa propriei sale bogății interioare, izvorîtă din dezinteres, devotament și generozitate. Astfel, vocația medicului va echivala cu a se uita pe sine în momentul acțiunii, cum spunea un mare pedagog.

Încă din cele mai vechi timpuri, Hipocrate a arătat că vocația medicului nu este altceva decît predispoziția sa pentru studiu, dragoste de muncă, crearea timpului și a locului prielnic pentru aceasta. Cînd spunea că acolo unde există iubire de oameni există și iubire de meșteșug, Hipocrate pleca de la constatarea rămasă celebră: „dacă veți începe prin a vă preocupa de avantaje, veți trezi în bolnav gîndul că ați putea să-l părăsiți, să-l neglijați, dacă nu cădeți la învoială. Grija pentru avantaje este dăunătoare bolnavului, boala îl îndeamnă pe medic să fie cinstit, să nu umble după interese materiale, ci să țină la reputația sa". Această alienare a medicului de propria sa esență și de scopurile medicinii, specifică societății împărțite pe clase antagonice, a fost înlăturată în societatea noastră prin redarea sensurilor adevărate misiunii medicului în societate.

Vocația medicală nu poate face abstracție de o altă valoare din medicină, și anume de modelul civic și profesional al medicului. Vocația care pleacă din curiozitate intelectuală, afectivitate și sensibilitate și care „nu este un dar, ci un permanent efort", se bazează pe modele, istoria omenirii însăși fiind istoria creării de modele mintale și comportamentale, cu care omul acționează asupra realității și pe care o modifică. Modelele autentice presupun opțiuni pe termen lung, ajutorul dat semenului atît din generozitate cît și din necesitate, împlinirea, demnitatea adevărată „obținută din luptă și nu din festivitate", depășirea dificultăților profesionale în măsură să creeze valoarea, integritatea morală și înțelegerea și nu abdicarea sau demobilizarea în fața greutăților. Modelul medicului implică apoi unitatea între vorbă și faptă, comunicare eficientă cu colaboratorii, aprecierea lor exclusivă după munca depusă, sporirea permanentă a exigenței față de ei. Modelul demnității medicale rezultă din interiorizarea convingerilor și normelor morale și din obiectivarea lor în fapte de progres medical, de echilibru. Modelul medicului este o chintesență de echilibruri stenice de logică, înțelepciune și caracter, de pasiune și înțelegere a țelurilor societății, în scopul „realizării capacității" de a fi fericit prin profesiune. Acest model nu este compatibil cu scutirea de griji și de dileme, cu scutirea de dificultățile vieții, ci, dimpotrivă, el implică eliberarea de contingențe, lupta creatoare, trăirea afectivă integrală. Modelul intelectiv profesional al medicului, care rezidă în „capacitatea de a rezolva o problemă medicală, de a aplica o judecată clinică la o situație complexă și de a lua o decizie în situații ambigue" (O.M.S.) se completează cu atribute de ordin etic, de slujire a echității, demnității și cinstei profesionale, de desăvîrșire prin luptă și prin muncă, ca datorie de onoare și ca cel mai mare dar al omului, ca singură condiție a umanizării sale progresive.

Datoria profesională este valoarea supremă în medicină, cu rădăcini adînci în viața socială și morală. Îndeplinirea ei caracterizează deontolo-

gia medicală, prin care idealul profesional este transformat în realitate cotidiană. Socrate, Aristotel etc. au accentuat valoarea etică şi axiologică a datoriei de bine, de realizare a virtuţii, iar Hegel a arătat că datoria nu înseamnă supunere, ci, dimpotrivă, interiorizare, creare, aspiraţie. În multe concepţii etice, datoria apare ca fundament al necesităţii morale şi se exprimă în cel mai înalt grad prin datoria binelui moral, care este categoria fundamentală a eticii, iar datoria de a-l realiza, o coordonată a comportamentului.

Conştiinţa datoriei implică înţelegerea obligaţiilor profesionale, acceptarea conştientă a responsabilităţilor, satisfacţia pe care o dă sentimentul datoriei împlinite, emoţia rezultatelor în produse de muncă. Îndeplinirea datoriei profesionale este „un imperativ categoric al conştiinţei morale" şi o garanţie a evoluţiei axiologice a întîlnirii medic-bolnav şi a concretizării ei într-o experienţă afectiv-morală constructivă.

Conştiinţa datoriei împlinite este rodul atitudinii faţă de muncă, ca altă valoare a eticii profesionale. Munca este un suprem omagiu ce se conferă omului şi prin care el devine creator de valori. Prin muncă, omul capătă atribute de „om valid, demn şi nu filantropic, caritabil". Munca medicului are rolul de a redeştepta dorinţa şi puterea omului de a crea, precum şi de a înlătura complexele de inferioritate şi inutilitate existenţială pe care le dă boala, de a fi o sursă de activizare a gîndirii şi un temei spiritual pentru dorinţa de a trăi. Satisfacţia muncii influenţează pozitiv dispoziţia omului, alungînd îndoielile, atenuînd starea de nelinişte, înlocuind nesiguranţa cu sentimentul de securitate şi încredere, ameliorînd dispoziţiile şi stimulînd autoîncrederea, permiţînd manifestarea şi adaptarea utilă a personalităţii medicului.

G. Marinescu spunea următoarele despre muncă: „Mi-am creat din muncă o a doua natură. Cu toate că sînt bătrîn, mă simt integrat în aceeaşi mişcare universală a vieţii, care te reclamă spre creaţii neîncetate. Sensul vieţii nu este de a te lăsa dus, ci de a lucra cu toată puterea iniţiativei pentru a lărgi orizontul acestui univers, care ne pasionează pe toţi. Viaţa mea a devenit un ceasornic şi este singurul mod de a mă simţi bine pînă într-o zi cînd inima mea va înceta de a mai bate".

Încrederea pe care trebuie să o inspire medicul bolnavului este un alt atribut moral, o altă valoare medicală. Totdeauna bolnavul are încredere maximă în medicul cu viaţă morală exemplară, iar faţă de încrederea în general nelimitată a bolnavului în medic, acesta îi rămîne totdeauna dator prin conştiinţa datoriei profesionale. Încrederea este baza moral-psihologică a relaţiei medic-bolnav, şi modul cum el o inspiră devine o trăsătură esenţială a spiritului medicului.

Responsabilitatea, ca valoare etică medicală, este ceea ce conjugă medicul cu faptele sale şi care implică capacitatea de evaluare şi de alegere a ceea ce este util bolnavului şi societăţii. Această răspundere profesională obligă la a plasa interesele bolnavului şi ale societăţii înaintea intereselor medicului. Prin conştiinţa răspunderii, principiile şi normele morale devin valori etice şi criterii de apreciere a raporturilor dintre individ şi societate, dintre bine şi adevăr. Răspunderea faţă de obligaţiile profesionale trebuie însă formată încă din facultate, aşa cum recomanda şi Haţieganu: „am încercat ca toate seriile de studenţi să trăiască cu mine răspunderea profesiunii noastre, virtute ce îi transformă în medici". Iată cum principiile morale cele mai elevate se află fuzionate în sentimentul responsabilităţii individuale. În condiţiile riscului unui aşa-zis declin al responsabilităţii, pe care l-ar aduce tehnicizarea medicinii şi munca de echipă, medicul trebuie să lupte permanent pentru o angajare responsabilă faţă de actele sale profesionale, faţă de rezultatele muncii sale. Munca medicului nu mai poate fi efectuată astăzi în afara unui cadru de echipă, care garantează efortul tehnic al medicului. Înţelepciunea în medicină devine abilitatea de a deduce orice consecinţe practice şi valorice posibile dintr-un act profesional, abilitatea de a te adapta suplu şi elastic la modelele profesionale, nevoia simţită de a cere un sfat. În virtutea colegialităţii este necesar ca medicii să practice tot timpul consultul în specialitate sau dintre specialităţi, mai ales în patologia de graniţă, considerată „a nimănui". Medicii sînt datori să-şi acorde interasistenţă morală şi să lupte pentru evitarea riscului ca munca de echipă să depersonalizeze sau să diminueze răspunderea proprie.

Sănătatea este un atribut biologic, dar, sub raportul susţinerii sale umane şi al semnificaţiei sale sociale ea capătă o valoare etică. Sănătatea este bunul suprem al omului, elementul principal al calităţii vieţii şi în condiţiile noastre sociale nu mai constituie o problemă de ordin privat, ci o problemă ce interesează deopotrivă toată societatea. Acest fapt creşte responsabilitatea medicului, care trebuie să privească sănătatea prin excelenţă ca o parte a eului susţinută prin altul, cum spunea E. Pamfil, ca o întîlnire a două cîmpuri de conştiinţă, de reciprocitate. Sănătatea constituie o străduinţă umană perenă, un bun colectiv, un drept, iar medicul trebuie să fie educat în spiritul răspunderii pentru ea. De aceea, medicina trebuie să se ocupe întîi de starea de sănătate şi apoi de boală. Aceste atribute privind sănătatea conferă medicinii valenţe proprii de exercitare, consecutiv cărora medicul nu este indiferent opiniei publice. Medicul trebuie să ajute pe orice cale omul în exercitarea dreptului său la sănătate.

Boala este o nonvaloare ce constituie obiectul luptei pentru înlăturarea sa şi pentru realizarea valorii de sănătate. Boala nu este numai o stare organică, ci şi conştiinţa ei psihologică, la care se adaugă şi modul de a o interpreta al medicului (Balint). Ea exprimă o pierdere a perspectivei viitorului şi aceasta este poate cea mai cumplită mutilare a umanului, cum spunea Camus. Relaţia medicului cu bolnavul pe terenul suferinţei sale

trebuie să fie o relaţie a două persoane cu drepturi sociale egale, o relaţie în care bolnavul este subiectul iar nu obiectul ei. Numai astfel se va putea „defini umanul prin suflet şi nu prin corp". Umanismul medical modern, avînd o bază ştiinţifică, implică nu numai cunoaşterea integrală a omului ca unicat ce posedă ceva propriu şi de neînlocuit, şi „în care rezidă măreţia speciei umane", ci şi ideea de adevăr şi bine, ce trebuie promovate în lupta cu boala. În boală se evidenţiază din plin cele două laturi ale cuplului medic-bolnav, şi anume înţelegerea bolnavului şi a suferinţei sale, alături de înţelegerea medicului, care trebuie să reziste complezenţelor şi să le convertească în fapte de conştiinţă.

Boala afectează un om care are dreptul la integritate psiho-fizică şi morală. El are dreptul, în al doilea rînd, la o suferinţă demnă, în sensul recunoaşterii sale de către cei din jur, de către anturaj şi, în mod deosebit, de către medic. Toţi trebuie să încurajeze bolnavul pentru susţinerea condiţiei sale umane afectată de suferinţă. În al treilea rînd, bolnavul are şi un drept la adevăr. Medicul trebuie să evite convingerea intuitiv-negativă a bolnavului despre starea sa, pentru a anula astfel orice stare conflictuală posibilă dintre medic şi bolnav. În sfîrşit, bolnavul are şi un drept de a muri demn. Se spune că, în acest domeniu, apelul la tehnologie prejudiciază demnitatea vieţii. Departe de a admite şi justifica prin aceasta orice pretins „ajutor" eutanasic, în era tehnologiei, medicul trebuie să ştie înainte de toate să rămînă om.

Legat de moarte, se discută astăzi intens problemele *eutanasiei*, care reiau problema raportului dintre „cantitatea şi calitatea vieţii". De la început trebuie precizat că moartea trebuie valorizată adecvat, conform semnificaţiei vieţii. Datoria medicului de a îngriji şi vindeca nu poate coexista niciodată cu cea de a grăbi moartea. În orice condiţii, medicul trebuie să stimuleze viaţa ca proces biologic şi spiritual, în virtutea medicinii umane pe care o practică. Medicul trebuie să fie educat cu privire la comunicarea umană în stările de limită dintre viaţă şi moarte, şi, avînd în vedere personalitatea bolnavului, ca şi convingerile şi reticenţa acestuia faţă de moarte, el trebuie să le respecte totdeauna.

În „Dr. Pascal", Emile Zola spunea: „da, să-ţi trăieşti viaţa pînă la capăt, s-o trăieşti pînă la capăt, s-o trăieşti şi s-o înduri pînă la capăt, fără răzvrătire, fără să crezi că o vei face mai bună eliminîndu-i durerile, gîndul acesta străluci limpede în ochii lui de muribund, părîndu-i marele curaj şi marea înţelepciune. Şi pentru a-şi înşela aşteptarea, pentru a-şi amăgi durerea, îşi reluă ultimele teorii, visa la mijlocul de a utiliza suferinţa, de a o transforma în acţiune, în muncă. Dacă omul, pe măsură ce se ridică pe treptele civilizaţiei, simte mai mult durerea, este un lucru foarte sigur că prin asta devine şi mai puternic, mai bine înarmat, mai rezistent".

Într-adevăr, fiecare punct cîştigat în capacitatea noastră de a întîrzia moartea sporeşte respectul pentru viaţă. Medicul trebuie să lupte împotriva eutanasiei prin cea mai bună îngrijire şi asistenţă şi să respecte totdeauna reticenţele umane. Pentru medic, ştiinţa se dovedeşte a fi umană numai atunci cînd apără viaţa, şi încă Hipocrate spunea: că mîna ce vindecă, nu poate fi şi mîna ce omoară.

Dificultatea stabilirii limitelor vieţii ce ar permite a eticheta moartea drept eutanasică, incriminarea eutanasiei sub aspect etic „ca un asasinat prin caritate", realitatea adevărului absolut că viaţa omului are o valoare prin ea însăşi şi nicidecum nu are o valoare mai mare sau mai mică, dau suport etic luptei medicului cu moartea, în orice condiţii. În efortul său de evitare a dezumanizării prin excesul tehnicizării, el trebuie să susţină omul astfel încît moartea să fie acceptată cu demnitate, chiar şi în suferinţă. Atitudinea sa morală faţă de moarte nu trebuie să conducă la anularea încrederii bolnavului sau familiei în medic, bolnavul incurabil trebuind să fie ajutat „să treacă cu bine moartea sa". Camus avea dreptate cînd spunea că respectul absolut al vieţii pune moartea în afara legii, de aici decurgînd şi misiunea medicului de a vindeca totdeauna şi nicidecum de a decide în problemele privind viaţa sau moartea. A accepta suprimarea vieţii, chiar şi în condiţii de suferinţă incurabilă, ar însemna a „relativiza viaţa omului şi nimic nu dă medicului dreptul la aceasta".

În literatura deontologică se insistă astăzi asupra dreptului bolnavului de a fi informat complet asupra bolii, de a fi pregătit psihologic pentru fenomenul morţii. În orice circumstanţe, respectul vieţii şi al persoanei umane constituie însă datoria primordială a medicului. Asistenţa medicală a muribundului devine o obligaţie deontologică indiferent de sensul ce-l dă fiecare om morţii (de injustiţie absurdă, reintegrarea individului în universal, ca în concepţia lui Tagore, moment de concentrare existenţială maximă şi, ca atare, de îmbogăţire a universului, ca în concepţia lui Rilke).

Pentru a stimula suprema concentrare asupra valorii ontice a vieţii în atari împrejurări, medicul va determina cunoaşterea adevărată a eului, va face din ea o „călăuză către uman", o reconsiderare a idealurilor trăite, care să conducă la o imagine calmă despre moarte. El va combate efectele negative ale împrejurării (egocentrismul, pierderea iniţiativei, a rezistenţei şi, deci, a libertăţii, degradarea personalităţii, reducerea la biologic, ura faţă de alţii, complexul de inferioritate etc.).

2

DEONTOLOGIA MEDICALĂ, NECESITATE ŞI CONŢINUT

Într-o definiţie generală, morala medicală sau deontologia medicală este o formă a conştiinţei sociale aplicate, particularizate la profesiunea medicală. Printre multiple categorii de norme pe care viaţa socială, societatea le statuează, sînt şi normele etice privind o profesiune sau alta. Morala medicală cuprinde totalitatea normelor, regulilor şi principiilor privind atitudinea medicului faţă de bolnavi, societate şi confraţi manifestată prin exercitarea profesiunii medicale. Etica medicală este studiul categoriilor moralei medicale (bine-rău, orgoliu-abnegaţie, umanism-dezinteres, colegialitate, adversitate etc.) sub aspect ştiinţific şi în scopul cuprinderii lor într-o doctrină morală, într-o teorie a moralei. În ceea ce priveşte deontologia, ea este morala profesiunii medicale reflectată în primul rînd prin prisma datoriilor profesionale ca element principal al valorilor etice şi, în al doilea rînd, prin prisma drepturilor profesionale ale medicului. Se cuvine să consemnăm aici şi ceea ce se poate înţelege prin etotehnică, adică modalitatea elaborării diferitelor norme de comportament moral-profesional faţă de cuceririle ştiinţei medicale. Etotehnica reflectă în cel mai înalt grad necesitatea unităţii între ştiinţă şi conştiinţă, ştiut fiind că aplicarea unor fapte ştiinţifice în afara unui climat etic constituie întotdeauna un risc pentru om şi umanitate.

Dintre toate aceste modalităţi de abordare a comportamentului moral, în profesiunea medicală se utilizează îndeobşte modalitatea şi termenul de deontologie medicală.

În evoluţia sa, alături de normele tehnico-profesionale, profesiunea medicală nu şi-ar fi putut realiza mesajul său social fără îndeplinirea unor cerinţe de ordin moral. Necesitatea de a garanta interesele bolnavului şi ale societăţii, ca şi de a apăra pe medic de eventualele abuzuri generate de o rea credinţă sau de o reprezentare greşită asupra posibilităţilor medicinii la un moment dat, a întărit întotdeauna rolul normelor morale în comportamentul profesional. Dacă la aceasta adăugăm şi adevărul că atitudinea faţă de muncă, în formarea medicului, ca şi în activitatea sa ulterioară, exprimă în esenţă o atitudine morală, avem în faţă primordialitatea normelor morale faţă de orice alte categorii de norme ce reglementează profesiunea medicală. Conţinutul etic al medicinii, încă de la originea sa, a făcut ca această activitate, în conştiinţa opiniei publice, să fie considerată ca o profesiune, ca o vocaţie, ca un mesaj şi nu ca o simplă meserie. Pentru a cîştiga încrederea bolnavului, actul medical nefiind altceva decît o întîlnire dintre o încredere şi o conştiinţă, medicul a avut întotdeauna nevoie şi de conştiinţa integrală a datoriei sale profesionale.

În funcţie de tipul de societate în care se manifestă, conştiinţa morală proprie acestei profesiuni se realizează mai mult sau mai puţin integral. Dar, deşi încorsetată multă vreme de relaţii economico-sociale ostile, în decursul istoriei medicinii, ea a stat la baza unei solide tradiţii a medicinii progresiste. Astăzi, principiile morale socialiste, care privesc şi profesiunea medicală, se află într-o concordanţă deplină cu interesele poporului şi cu tradiţiile progresiste ale medicinii. Dragostea şi abnegaţia faţă de bolnav, ca atribute progresiste ale moralei medicale, la care se referea secretarul general al partidului nostru, tovarăşul Nicolae Ceauşescu, devin pe deplin realizabile într-o societate care a lichidat asuprirea omului de către om, umilirea sa. Medicul are astăzi în ţara noastră toate condiţiile sociale care îi asigură un succes profesional deplin şi, în acelaşi timp, împlinirea datoriei faţă de poporul şi ţara sa. Societăţile moderne tind, dar numai societăţile socialiste garantează bolnavului un drept real la sănătate, întrucît aceasta se întemeiază pe o deontologie medicală acţionînd ca o necesitate interioară a medicului. Progresul medical actual, exigenţele societăţii socialiste şi ale maselor faţă de propria lor sănătate, accentuează rolul imperativelor eticii în profesiunea medicală, ca şi semnificaţia profund umană a actului medical. Medicul, reprezentant al statului în domeniul ocrotirii sănătăţii, are astăzi o nouă conştiinţă a obligaţiilor sale morale, atît faţă de profesiune cît şi faţă de societate, transformînd un act aparent tehnic într-un act de solidaritate umană, într-un act social cu adînc conţinut uman.

Deontologia medicală priveşte în egală măsură toate specialităţile medicale şi pe orice medic. În ea medicul va găsi întotdeauna rezerve de energie psiho-morală. Medicina, ca activitate pusă exclusiv în folosul omului şi societăţii, realizată cu afecţiune şi umanism, devine, prin înţelegerea comandamentelor sale morale, un mesaj şi o misiune socială.

NECESITATEA NORMELOR MORALE

Din cele mai vechi timpuri medicina a fost nu numai un act tehnic, ştiinţific, ci şi o atitudine etică. Efectele sale umane inevitabile au făcut ca, încă de la începuturile ei, ştiinţa medicală să nu fie posibilă fără o conştiinţă morală, iar astăzi cu atît mai mult cu cît dilemele medicinii moderne (printre care, de pildă, fidelitatea faţă de bolnav şi nevoia de cercetare) pun problema activismului unei înalte conştiinţe morale.

Se ştie că succesul actului medical depinde de o bună organizare a unităţilor sanitare, de o bună pregătire ştiinţifică a medicului, dar şi de o înaltă conştiinţă etică a îndatoririlor sale profesionale, care conferă acestuia prestigiul moral şi profesional necesar, autoritate ştiinţifică şi umană. Faptul că cei mai competenţi medici, în situaţia neglijării îndatoririlor morale pot face tot atîtea greşeli profesionale ca şi medicii incompetenţi, constituie un argument în favoarea unităţii dintre ştiinţa medicală şi conştiinţa morală în cadrul activităţii medicale. Dacă medicina, înainte de a fi o profesiune, o calificare profesională, este o misiune socială, realizarea ei nu se poate face fără conştiinţa morală a datoriei împlinite.

În al doilea rînd, necesitatea normelor morale în cadrul activităţii medicale rezultă din noua condiţie socială a omului. Omul modern are dreptul la sănătate, fapt care conduce la concluzia că orice îndeplinire din partea medicului a îndatoririlor sale profesionale fără competenţă maximă, cu mediocritate, dar, mai ales, fără o conştiinţă morală autentică, atrage după sine nerealizarea acestui drept. Asistenţa medicală a devenit astăzi o necesitate socială, ea e prescrisă de stat ca un drept şi nu mai poate fi concepută ca o acţiune filantropică, de aici decurgînd responsabilitatea medicului în asigurarea şi realizarea dreptului oricărui individ la integritatea psiho-fizică.

În al treilea rînd, necesitatea acţiunii normelor deontologice în cadrul activităţii medicale decurge şi din proprietatea acestora de a face profilaxia unor efecte nedorite care pot căpăta caracter juridic. Norma etică, conştientizată şi transformată în convingere, poate face profilaxia integrală a riscurilor de încălcare a normelor juridice, ştiut fiind că „acolo unde este conştiinţă morală, încetează legalitatea " sau că acolo unde medicul acţionează în conformitate cu preceptele morale, norma juridică devine caducă.

În al patrulea rînd, interiorizarea normelor morale ale activităţii medicale determină o reflectare pozitivă în conştiinţa publică a calităţii de medic. Aceasta în ciuda faptului că uneori actul medical eşuează, rezultatul datorîndu-se însă limitelor de moment ale ştiinţei medicinii.

În al cincilea rînd, se observă astăzi o evoluţie marcată a deontologiei medicale spre construirea unui drept medical. Acesta urmează să reglementeze şi să garanteze exerciţiul medicinii în raport cu progresul ştiinţific, cu arta vindecării şi cu înseşi condiţiile sale sociale. Morala medicală trebuie să constituie conţinutul principal al acestui drept medical, ca mod specific de reglementare a unui domeniu de activitate avînd o importanţă socială şi umană deosebită.

CONŢINUTUL DEONTOLOGIEI MEDICALE

Etica medicală a fost concepută prin prisma îndeplinirii îndatoririlor profesionale încă din cele mai vechi timpuri.

Termenul de deontologie a fost creat însă relativ recent, de către Bentham, el fiind preluat în medicină pentru a sublinia mai pregnant necesitatea respectării îndatoririlor etico-profesionale faţă de bolnav şi societate. Cum norma juridică nu poate reglementa în totalitate viaţa socială şi profesională, o pondere importantă în organizarea practicii medicale revine normelor morale. Astfel legea juridică poate vorbi de omoruri prin nerespectarea normelor profesionale, dar modul real de evitare a unei astfel de situaţii să fi fost funcţie de nerespectarea regulilor deontologice.

Prin urmare, deontologia arată ceea ce trebuie să facă medicul pentru a sluji medicina conform conţinutului şi aspiraţiilor sale, de considerare a vieţii umane ca avînd valoarea cea mai ridicată. Mandatul medicului de a apăra sănătatea şi viaţa nu se poate realiza fără cunoaşterea îndatoririlor profesionale, a deontologiei. Progresul legilor sociale, care accentuează complexitatea relaţiilor sociale şi grija societăţii pentru colectivitate, determină şi necesitatea cunoaşterii de către medic a datoriilor sale şi, ca atare, a responsabilităţii sale. Mai mult, acest lucru determină şi posibilităţile actuale ale medicinii, care sporesc libertatea medicului în alegerea unor proceduri medicale în interesul bolnavului şi, de aici, în asumarea riscurilor medicale. În medicină normele eticii domină activitatea profesională şi, de aceea, medicul trebuie să dovedească permanent un control moral faţă de comportamentul său tehnic.

Evoluţia medicinii de la un act medical individual la unul social accentuează la maximum necesitatea cunoaşterii îndatoririlor etice profesionale, deoarece această evoluţie conferă un conţinut nou şi superior practicii şi eticii medicale. Conţinutul deontologiei medicale este, în esenţă, conţinutul eticii generale a unei anumite etape istorice şi a unei societăţi, reflectat prin cerinţele proprii ale profesiunii medicale. În acelaşi timp, deontologia include şi norme general valabile, comune oricărui tip de societate, norme care exprimă continuitatea de cultură a societăţilor, a întregii omeniri. Evident că aceste principii generale capătă conţinut diferit în raport cu realităţile sociale concrete, cu obiceiurile şi mentalităţile diferitelor popoare. Aşa, de exemplu, a fi corect este o normă generală, dar ea

se realizează ca o normă concretă şi funcţionează ca atare în raport de situaţia particulară socială şi culturală a fiecărei societăţi.

Dat fiind că activitatea medicală are un conţinut profund moral-social, ea este mai puţin o meserie, cît o profesiune.

Deontologia medicală presupune, prin conţinutul său, două versante, două laturi complementare. În primul rînd, ea apără bolnavul, şi prin bolnav societatea, în virtutea menirii perene a medicinii de a conferi un raport veridic între valori şi existenţă. Medicina ajută omul nu atît pentru a se adapta cît pentru a se realiza, pentru a-şi transforma viaţa într-un destin. În aceste condiţii, medicul poate fi considerat ca un om de ştiinţă la intersecţia „universului vizibil al legilor, cu deciziile sale ultime de conştiinţă". Medicina identifică în cel mai înalt grad socialul şi umanul, şi, plecînd de la adevărul că orice viaţă este inedită şi inimitabilă, ea luptă nelimitat pentru susţinerea condiţiei umane luate în totalitatea ei.

Celălalt versant al deontologiei medicale îl constituie necesitatea apărării demnităţii medicului şi prin aceasta a demnităţii medicinii, element esenţial al încrederii bolnavului în medic şi care dă conţinut etic relaţiei medic-bolnav. Saltul de la morala individualistă la morala medicală socialistă face posibilă realizarea acestui versant. Deontologia apără pe medic tocmai pentru ca acesta să se poată devota bolnavului, să poată realiza un echilibru profesional între ştiinţă, etică şi artă, în interesul bolnavului. A neglija acest versant al apărării medicului înseamnă practicarea medicinii fără încredere în ea şi, prin aceasta, fără speranţă.

Un rol deosebit în asigurarea funcţionării celor două versante ale deontologiei medicale îl au colegiile medicilor şi farmaciştilor, ca organisme sociale cu atribute etice şi profesionale. Asociaţia generală a medicilor din România, înfiinţată în 1897 şi care a funcţionat pînă în 1940, nu a reuşit să se ridice, datorită promovării caracterului de clasă al medicinii şi al moralei medicale individualiste, mai presus de o oarecare activitate de reclamă a profesiunii medicale şi de stimularea concurenţei. Colegiile actuale, expresie veridică a noului conţinut al eticii medicale, îşi îndeplinesc eficient rolul de susţinătoare ale prestigiului medical şi de protectoare ale opiniei publice faţă de incertitudinile şi insuccesele uneori inerente ale medicinii. Autonomia colegiilor, ca şi prerogativele lor de a da o decizie executorie, de a avea dreptul de a acţiona în justiţie sau a aplica pedepse printr-o jurisdicţie profesională socială, constituie motive de creştere a autorităţii lor în faţa opiniei publice şi a medicilor.

Conţinutul deontologiei medicale îl reprezintă categoriile de norme morale ale profesiunii medicale, care, bazate şi în interacţiune cu normele tehnico-ştiinţifice, administrative şi juridice, susţin efortul medicului de a acţiona în interesul bolnavului şi societăţii. Aceste norme îşi completează reciproc atributele de claritate şi pertinenţă şi asigură convergenţa acţiunilor şi finalităţilor medicinii. Importanţa acţiunii lor unitare

nu poate fi neglijată, ea reflectînd existenţa unei adevărate conştiinţe etico-profesionale. Avem de-a face aici cu o convergenţă normativă, medicul îmbinînd permanent în activitatea sa statutul socio-profesional pe care îl implică medicina cu exigenţele propriei conştiinţe.

Prin conştiinţa datoriei etice şi a dragostei pentru profesiune, medicii „se vor ridica permanent deasupra uneltelor lor", vor trăi morala medicală, cum spune Gosset, într-o permanentă sursă de aspiraţie şi vor reuşi să slujească viaţa, care este infinită şi veşnică, deşi omul este muritor, vor reuşi să înfrîngă moartea prin salvarea de la moarte.

3

DEONTOLOGIA MEDICALĂ ÎN SOCIETATEA SOCIALISTĂ

Deontologia medicală a societăţii socialiste oglindeşte şi se integrează în sistemul relaţiilor socialiste reglementînd prin norme morale asistenţa sanitară şi activitatea medicului în acest sistem. Noile relaţii sociale redau medicinii adevărata sa misiune de a sluji nelimitat şi total poporul. Ocrotirea sănătăţii devine o problemă de stat, iar sănătatea, deşi un atribut personal, prin implicaţiile sale sociale, devine un atribut public. Lichidarea proprietăţii private din sectorul sanitar, a spitalelor şi sanatoriilor particulare, a transformat concomitent sănătatea într-un bun colectiv şi a impus adevărul că diferenţele dintre medici nu mai rezidă în poziţia lor materială, ci în competenţa şi profilul lor moral.

Consecutiv transformării sănătăţii într-o problemă a întregii societăţi s-a consfinţit şi dreptul constituţional la asigurarea sănătăţii. A apărut astfel o nouă morală medicală. În acelaşi timp începe să se schimbe însăşi condiţia bolnavului. Ignoranţa şi frica de boală dispar din ce în ce mai mult, posibilitatea de a judeca valoarea obiectivă a actului medical sporind pe măsură ce acesta e demistificat, pe măsură ce pierde caracterul său magic, în virtutea căruia bolnavul era necesar doar să aibă încredere orbească în medic. Bolnavul începe să-l înţeleagă pe medic nu numai ca un om de ştiinţă în domeniul sănătăţii, ci şi ca un om deosebit, ca un om uman, totdeauna cu disponibilităţi de afecţiune şi colaborare lucidă. Medicina, activitate socială prin excelenţă, luptă acum pentru asigurarea tuturor mijloacelor de realizare a dreptului la protecţia sănătăţii, în socialism relaţia medic-bolnav fiind înlocuită cu trinomul medic-bolnav-societate.

Deontologia medicală nouă promovează principiul respectului integral al vieţii şi sănătăţii, al vieţii şi sănătăţii oricui, dar în strînsă corelaţie cu viaţa celorlalţi. Pe medic această corelaţie îl priveşte cu atît mai mult. El devine un reprezentant şi un mandatar al statului în problemele apărării sănătăţii şi combaterii bolilor, de aici decurgînd responsabilitatea lui deosebită.

În acelaşi timp, noua deontologie medicală oferă instrumentul de convingere pentru înlăturarea oricăror preocupări materiale sau funcţionăreşti în realizarea autentică a actului medical. Din principiul respectului absolut pentru viaţă decurge faptul că sănătatea este incompatibilă cu rentabilitatea pe seama bolnavului, cu concurenţa sau orgoliul pe seama acestuia.

Noua deontologie susţine efortul legitim şi realizabil al aspiraţiei medicului către împlinire profesională, culturală şi morală. Ea oferă medicului căile luptei cu eşecul şi insatisfacţia profesională, cu blazarea profesională. Condiţiile formulate încă de Hipocrate pentru a fi un medic bun, şi anume, de a avea vocaţie, de a studia, de a avea dragoste de muncă şi de a lucra într-un loc prielnic, devin abia astăzi pe deplin realizabile, datorită instituţionalizării medicinii şi a actului medical. Abia astăzi se realizează şi adevărul afirmat de marii medici, şi anume că medicul este făcut pentru bolnav şi nu bolnavul pentru medic.

Deontologia medicală socialistă, prin caracterul său deschis opiniei publice, transformă asistenţa medicală filantropică într-un drept constituţional şi civic similar altor drepturi, cum sînt dreptul la învăţătură, integritate corporală, demnitate etc. Ea a înlăturat caracterul închis, de grup, al deontologiei medicale burgheze. Tocmai din caracterul deschis al noii morale medicale, ca şi din conţinutul însuşi al medicinii ca practică socială, rezultă că medicul deţine o şansă în plus de iniţiere în problemele vieţii, de realizare a esenţei sale umane.

Responsabilitatea medicală, just înţeleasă, devine în această perspectivă un factor de progres pentru personalitatea medicului. Baza socialistă nu generează tendinţe individualiste, egoiste şi de comercializare a actului medical, dar dacă ele se mai întîlnesc uneori, nu sînt decît rămăşiţe ale unei conştiinţe învechite în activitatea medicului, rămăşiţe care, evident, contravin principiilor şi legilor fundamentale ale noii societăţi.

De aici rezultă exigenţa incriminării morale a unor acte de duplicitate sau ipocrizie profesională care contravin intereselor sociale majore şi se abat de la deontologia medicală, şi anume, de a acţiona totdeauna şi în orice împrejurări în interesul bolnavului şi al societăţii.

Simţul datoriei profesionale devine în socialism o realitate şi el este slujit de toate normele de comportament etico-profesional cu caracter universal-valabil sau social-specifice condiţiilor noastre de lucru.

În nici o altă profesiune mai mult ca în medicină, contactul cu omul nu devine atît de intens, deoarece omul în suferință se încredințează medicului cu speranță nelimitată. De aici rezultă seriozitatea dar și grandoarea răspunderii morale a medicului, reliefată sugestiv în cuvintele unui medic: „dacă ai vedea ce oameni trec prin mîinile mele, cîtă frumusețe există în ei, cu cîtă dîrzenie înfruntă suferința... pentru fiecare din ei aș fi gata să-mi dau viața". Desigur că numai atunci cînd convingerile profesionale devin trăsături de caracter se poate trăi vocația profesională la un astfel de gradient de tensiune și sacrificiu. Socialismul permite realizarea acestei vocații și implicit a fericirii adevărate rezultate din manifestarea acesteia în cîmpul social. Căci, dragostea pentru om implică din partea medicului o mare exigență pentru propria muncă și pentru comportarea sa, o atitudine critică față de lipsuri și o dorință de slujire nelimitată a omului.

PRINCIPIILE DEONTOLOGIEI MEDICALE SOCIALISTE

Ca morală profesională deschisă, deontologia medicală socialistă exprimă conținutul moralei comuniste și particularizează principiile sale generale la rolul și menirea medicului și medicinii în societate. Deontologia medicală socialistă are astfel un înalt *conținut ideologic*. Materialismul dialectic și istoric, însușit de medic, îi permite acestuia să-și formeze o concepție științifică veridică despre natură și societate și, implicit, despre medicină ca fenomen social. Medicul care îmbină o astfel de concepție cu deprinderi rezultate din această concepție dovedește o atitudine justă față de viață și găsește aici sursa convingerilor sale intime care-i dau impulsul pentru abnegația profesională, pentru îndeplinirea datoriilor sale medicale, pentru călirea în scopul realizării cerințelor sociale față de medicină. Din convingerile ideologice rezultă sursele de aspirație profesională a medicului, surse ce-i vor permite valorizarea socială integrală a actelor sale, ancorate în cele mai autentice responsabilități social-profesionale; prin aceasta ele vor fi un adevărat izvor al bucuriei și satisfacției profesionale, al satisfacției în viață.

Deontologia medicală socialistă constituie, de asemenea, o cale de realizare zilnică a patriotismului socialist, în virtutea căruia medicul acordă prioritate slujirii intereselor generale ale poporului în raport cu interesele personale.

Caracterul deontologic al personalității medicale, etosul său intelectual și comportamentul se formează în cadrul unei responsabilități maxime față de marile probleme ale societății, ale întregii colectivități. În același timp, deontologia medicală promovează realitatea faptului că numai colectivul medical poate oferi și dezvolta sentimentul răspunderii proprii, ca și al altor însușiri pozitive de personalitate, ceea ce conferă conștiință adevăratei valori sociale a fiecărui membru din colectiv. Valoarea socială a muncii și personalității medicului rezultă din conștiința celorlalți despre ea și este o armă eficace în lupta cu orice porniri individualiste din comportarea medicului. Întrajutorarea reciprocă în interesul bolnavului și societății ia în medicină forma consultului inter- și intradisciplinar, mai ales în problemele dificile ale patologiei de graniță, care pune medicului complicate și importante probleme de conștiință. Întrajutorarea în muncă a medicilor este realizabilă grație condiției generale a proprietății obștești și relațiilor sociale socialiste în ocrotirea sănătății. Cu cît mai larg este colectivul pentru care medicul simte o răspundere morală, cu atît conștiința sa trebuie să fie mai amplă și mai înaltă. Colectivul întărește medicului atît conștiința față de sine, cît și față de ceilalți, receptivitatea la tot ce este nou și progresist în medicină și îi realizează rezervele de bună-credință în efortul de lichidare a lipsurilor proprii, a limitelor sale subiective. Deontologia medicală are apoi un rol activ asupra relațiilor medicale, deoarece medicul cu convingeri etice înaintate și stabile, exprimate în conduita profesională, își susține cu mai multă vigoare efortul medical. Subiectivînd obligația de a munci, medicul e stimulat la calitatea muncii, găsind aici cel mai veridic impuls către îndeplinirea cu abnegație a datoriei sale.

De asemenea, deontologia socialistă realizează adevăratul umanism medical prin lichidarea înstrăinării bolnavului și a medicului atît față de societate, cît și față de el însuși, prin slujirea nelimitată a omului. Devenind un cîmp de activitate în care se manifestă unitatea intereselor generale cu cele individuale, medicina devine implicit un cîmp de manifestare a tradițiilor sale progresiste și umaniste. În socialism, prin medicină, medicul are posibilitatea să caute și să găsească „semnificația vieții tuturor prin viața sa". Umanismul medical socialist transformă medicul într-un militant activ pentru realizarea deontologiei medicale prin devotament, solicitudine și grijă față de bolnav, implicînd, în același timp, lupta cu orice tendințe de formalizare, de birocratizare a muncii sale.

Medicul trebuie să apară în fața bolnavului nu ca un distribuitor de bilete de trimitere, ca un dispecer, ci ca un reprezentant al societății cu o înaltă competență științifică și cu profunde convingeri etice, pentru a da acestuia, prin cultura și atitudinea sa umanistă, speranță și încredere în sine și în posibilitatea vindecării. Adresîndu-se numai bolii, medicul riscă dezumanizarea bolnavului, îndepărtarea de umanismul medical și prin aceasta și dezumanizarea sa. Atitudinea umană de căldură și devoțiune trebuie să corijeze efectele oricărei tehnicizări diagnostice sau terapeutice. Prin iubirea față de om, prin arta de a se apropia de el și de a-i înțelege suferințele, prin hotărîrea de a face orice în scopul vindecării lui, cum spunea Paracelsus, medicul va dovedi conștiința integrală a datoriei sale profesionale.

Dacă admitem că bolnavul este adevăratul stăpîn al medicinii, atunci trebuie să admitem şi adevărul deontologic că, în virtutea acestei realităţi, medicul devine „o existenţă pusă în folosul alteia, o existenţă ce slujeşte nelimitat bolnavul". În medicină, ştiinţa ar fi inutilă dacă nu ar fi şi umană. Aici rezidă adevărul că medicina nu este altceva decît o pasiune raportată la o valoare, şi anume la om, iar responsabilitatea faţă de el, care e valoarea supremă a deontologiei medicale, corolarul firesc al acestei pasiuni. Medicul are datoria să facă pentru bolnav tot ceea ce poate să facă atît ca medic cît şi ca om; de aceea activitatea sa devine, în primul rînd, un domeniu al umanului în virtutea căruia el trebuie să aibă grijă maximă, devoţiune şi solicitudine, atenţie deosebită pentru psihicul bolnavului în dorinţa de a-i da speranţe şi echilibru. Cînd spunem că medicul trebuie să slujească omul ca scop, că afirmarea plenară a omului este propriul său scop, admitem, în virtutea adevărurilor deontologiei medicale, că pentru a sluji astfel acest ţel, medicul trebuie „să vadă în fiecare om umanitatea întreagă". Iubirea faţă de om, înţelegerea şi caritatea ca trăsături esenţiale ale spiritului uman, cum spunea A. Carel, dar realizate în cu totul altă accepţiune socială, constituie motivul pentru care bolnavul situează pe medic în domeniul unor posibilităţi morale nelimitate şi cîteodată, chiar într-un teritoriu parauman, unde el pare că trebuie scutit de orice efort sau de orice sentimente negative. Dimpotrivă, în virtutea scopurilor nobile ale muncii sale, medicul trebuie să facă efortul de a se deschide către altul, către bolnav.

Din umanismul atitudinii medicale decurg mesajul social al actelor medicului, necesitatea competenţei profesionale ca act de maximă onestitate profesională, caracterul deschis al exigenţelor de opinie publică şi al deontologiei medicale faţă de munca sa şi rolul terapeutic al prestigiului şi personalităţii sale. Cultura umanistă a medicului trebuie deci să se bazeze pe ştiinţă, afectivitate şi valoare socială pentru a realiza, prin generozitate, „bunătatea" profesională.

În condiţiile tehnicizării actului medical care creează pericolul dezumanizării medicinii, umanismul medical devine o reacţie faţă de primatul pretins al tehnologiei care „amorţeşte conştiinţele" şi riscă prin transformarea într-un medic „unidimensional", să-l înstrăineze de sine şi de profesiune. Umanismul bazat pe afectivitate, iar nu numai pe ştiinţă, trebuie să constituie, aşadar, o călăuză în efortul de a deveni un medic bun, şi nu poate fi medic bun acela pe care nu l-a răscolit nenorocirea umană, care nu a suferit sau nu a simţit dragostea dezinteresată pentru semeni. Promovarea umanismului medical prin deontologia medicală constituie singura modalitate de a asigura independenţa umană a medicului în condiţiile asumării oricărei tehnici, oricare ar fi riscurile sale.

Atitudinea umană socialistă faţă de bolnav este incompatibilă cu mercantilismul, care, cum spunea Z. Ander, devine o discriminare nepermisă

în gratuitatea asistenţei medicale, în realizarea socială a dreptului la sănătate. Transformarea legăturii medic-bolnav dintr-un act de esenţă umană într-o relaţie mercantilă alienează vocaţia medicală, înstrăinează pe medic de umanismul relaţiei cu bolnavul. Acelaşi efect îl are şi tendinţa de a înlocui conştiinciozitatea şi răspunderea medicului cu asigurarea bolnavului prin ban. Mercantilismul diferenţiază bolnavii nu prin gravitatea bolii, aşa cum este firesc, ci pe baza unor criterii materiale meschine, ce contravin flagrant cu deontologia medicală. Încă din vechime, Hufland din Jena, îndemnînd bolnavii să aleagă pe medicii în care au încredere şi nu pe cei ce fac remedii secrete, vorbesc mult şi sînt curioşi, defăimează colegii şi sînt temerari sau le place vinul, le recomandă, în acelaşi timp „să evite pe medicii ahtiaţi după bani şi care, pentru aceasta, în două minute scriu o reţetă".

Principiile deontologiei medicale socialiste, transformate în convingeri şi deprinderi, realizează în mod convergent vocaţia medicală autentică care corespunde unui jurămînt de credinţă a medicului faţă de datoriile sale socio-profesionale şi care are următorul conţinut:

„În clipa investirii înaltului titlu de medic şi a începerii practicării profesiunii medicale, jur solemn:

— de a respecta cu stricteţe normele eticii şi probităţii profesionale, de a aplica întocmai învăţăturile însuşite de la profesorii mei şi de a cinsti, prin comportament, memoria înaintaşilor mei;

— de a depune toate forţele şi cunoştinţele mele pentru păstrarea şi promovarea sănătăţii publice, de a preveni îmbolnăvirile şi a îngriji cu abnegaţie şi devotament pe cel suferind fără nici o discriminare sau condiţionare de vreun avantaj;

— de a răspunde prompt, oricînd sînt chemat să acord îngrijiri medicale, de a fi atent la starea bolnavului, a folosi cele mai indicate metode şi mijloace pentru stabilirea sănătăţii şi a capacităţii lui de muncă şi a păstra secretul profesional;

— de a solicita sprijinul confraţilor mei atunci cînd interesele bolnavului impun aceasta şi de a nu refuza niciodată să acord sfatul şi ajutorul meu la nevoie;

— de a-mi perfecţiona continuu cunoştinţele medicale şi practica profesională, precum şi de a cultiva şi dezvolta nobilele tradiţii ale medicinii româneşti;

— de a nu admite să-mi folosesc cunoştinţele împotriva legilor umanitare, de a respecta întotdeauna demnitatea fiinţei umane;

— de a respecta și aplica normele eticii socialiste și de a da dovadă, în orice împrejurare, de spirit patriotic în folosul poporului pe care-l slujesc;

— jur să fiu credincios jurămîntului depus, în întreaga mea activitate".

Jurămîntul medicului față de datoriile sale profesionale în societatea socialistă întruchipează în cel mai înalt grad elemente de vocație medicală, printre care, în primul rînd o atitudine umană și apoi tehnică și științifică în fața bolii, o atitudine altruistă afectiv-activă și niciodată neutrală sau funcționărească față de bolnav.

Vocația profesiunii medicale, realizînd principiile deontologiei medicale, obligă pe medic la un comportament etic, exemplar, sobru, „între familiaritatea extremă și austeritatea distantă, el căutîndu-și totdeauna locul exemplarității".

Pasiunea pentru om, pasiunea pentru om nu numai ca suferind prin țesuturile și organele sale, ci și ca subiect axiologic, creator și purtător de valori sociale, trebuie să determine pe medic la cultivarea însușirilor sale de vocație, în care gustul pentru viață, răspunderea oamenilor, stăpînirea de sine, trebuie să conducă la unitatea permanentă a autorității științifice cu caritatea umană, la trăirea totală a interesului pentru om, la mobilizarea tuturor resurselor sale pentru susținerea condiției umane.

4

DEONTOLOGIE ȘI PRAXIS

Deontologia își relevă universalitatea normelor sale morale în toate domeniile de activitate medicală, fiind o preocupare comună a tuturor medicilor și disciplinelor medicale, a tuturor colectivelor și organismelor profesionale și o rezervă educativ-profesională în formarea de convingeri apte a da conținut și semnificație autentică practicii medicale. Deontologia ajută astfel la îndeplinirea conștientă și sistematică a obligațiilor profesionale, la afirmarea muncii medicale, ca singur criteriu al valorii medicului. Deontologia ajută pe medic să înțeleagă mai bine exigențele impuse practicii medicale și să biruie orice contradicții dintre subiectiv și obiectiv în activitatea sa practică și în realizarea socială a medicinii.

Multitudinea de principii și norme morale în medicină a dus la organizarea lor în coduri de deontologie medicală, deși mulți autori consideră că varietatea infinită a situațiilor tehnice și morale cu care medicul este confruntat în practica medicală nu permite o astfel de codificare. Așa, de exemplu, se susține că diagnosticul și tratamentul comportă, prin excelență, elemente concrete de „situație" și că niciodată conștiința conformării la unele reguli rigide nu va da și cheia succesului profesional.

Oricum, în condițiile cunoașterii acestor norme, ca elemente de bază ale însușirii creatoare a deontologiei medicale, medicul trebuie să aspire permanent către valorile etice în medicină, să contribuie la crearea lor, pentru a trăi conștiința integrală a datoriei morale. Gh. Marinescu susținea că medicul trebuie să asculte în profesiune de conștiința sa, înțelegînd prin aceasta caracterul creator al muncii sale, în domeniul valorilor etice profesionale. Multiple situații pot depăși principiile și normele codului de deontologie medicală, dar nu și impulsul medicului către conștiința etică a datoriei profesionale pe care o implică fiecare situație în

parte. În acest mod, un cod de etică medicală trebuie să vizeze concilierea unei tehnici cu o morală. El este susţinut de autoritatea colegiilor medicale, al căror rol a fost accentuat încă de Socrate.

În raport cu tipul de societate, aceste colegii au contribuit diferit la promovarea principiilor deontologice medicale. Atribuţiile lor s-au lărgit astăzi pînă la a încerca rezolvarea unor probleme medicale dintre cele mai delicate, precum şi elaborarea unor indicaţii etice de la caz la caz.

Fiecare societate a permis medicinii elaborarea unor astfel de coduri, care cuprind atît norme general-valabile, cît şi norme specifice societăţii în cauză (datorii determinate, datorii de prudenţă şi diligenţă). Normele general-valabile ale codurilor de deontologie medicală, formulate şi în societăţile împărţite în clase, devin însă pe deplin realizabile numai în societatea socialistă.

Cunoaşterea codului nostru de deontologie medicală constituie o datorie pentru fiecare medic, întrucît i se oferă în acest fel un ghid de comportament profesional absolut util oricărei practici medicale.

În general, orice deontologie medicală trebuie să abordeze studiul relaţiilor medic-bolnav, al relaţiilor medic-societate, ca şi cel al relaţiilor dintre medic şi restul personalului sanitar.

Relaţia medic-societate este inerentă statutului social al medicinii, ca şi statutului social al profesiunii medicului. Asemenea moralei generale, deontologia are un determinism predominant social-istoric. Din cele mai vechi timpuri, dar mai ales astăzi, medicina s-a impus ca o activitate socială. Ca reprezentant al unei profesiuni sociale şi al societăţii în domeniul ocrotirii sănătăţii, medicul trebuie să se impună ca o forţă etică deosebită, care difuzează în colectivitate cîmpul conştiinţei sale. Deşi slujeşte un interes individual, cel al bolnavului, dat fiind faptul că însăşi societatea e interesată în recuperarea acestuia, medicul desfăşoară în realitate o activitate socială. Orice gest, orice act, toată activitatea sanitară a medicului constituie o activitate socială. Dacă avem în vedere şi faptul că starea de sănătate a oamenilor influenţează capacitatea lor de producţie, avem elemente în plus pentru susţinerea caracterului social al practicii medicale. Din aceste motive, medicul nu poate exonera de la condiţia socială a actului profesiunii sale. El trebuie să difuzeze în jur mesajul social al medicinii, să fie un factor de cultură prin educaţia sanitară pe care o desfăşoară, ca şi prin activitatea sa social-obştească, orice abdicare de la acest principiu nepermiţîndu-i să fie un medic integral, ci, cum se spune, un medic pe jumătate.

Datorită caracterului social al profesiunii sale, medicul este permanent în atenţia opiniei publice şi trebuie să-şi corijeze — datorită ei — în mod continuu atitudinile şi comportamentul.

Relaţiile sociale socialiste care au cuprins şi medicina, au condus la o nouă conştiinţă etico-medicală, ca formă a conştiinţei sociale. Se realizează astfel ceea ce Marx prevedea prin desfiinţarea proprietăţii private, şi anume eliberarea în sens obiectiv a sentimentelor umane (obiectul acestora fiind existenţa socială), dar şi în sens subiectiv, omul obţinînd o existenţă cu adevărat umană, eliberată de setea de îmbogăţire şi animată, dimpotrivă, de dezvoltarea multilaterală a sentimentelor morale.

Menirea activităţii medicului este astăzi aceea de a servi poporul, de a contribui la ridicarea nivelului său de viaţă, de a se aplica ştiinţa în folosul omului. Pentru a realiza aceste imperative, medicul trebuie să fie conştient de răspunderile sale sociale, din care decurg devotamentul şi lupta pentru slujirea lor. A acţiona în interesul societăţii, prin intermediul muncii, constituie preocuparea centrală a deontologiei medicale socialiste, iar atitudinea faţă de popor — criteriul principal al valorilor create de medic. Socialismul a instaurat relaţii umane reale între medic şi bolnav, în virtutea cărora sentimentele de abnegaţie şi sacrificiul profesional devin conştiente şi liber realizabile. Socialismul tinde să înlăture orice mentalitate comercială pe seama sănătăţii şi suferinţei umane. El înlătură astfel dezumanizarea medicului.

În ceea ce priveşte relaţiile dintre medic şi bolnav, care în societatea burgheză aveau caracterul unor relaţii dintre lucruri, deci impersonale, în socialism se transformă în relaţii propriu umane, în relaţii călăuzite de principii morale.

În cadrul activităţii practice, medicul îşi călesţe conştiinţa sa deontologică şi luptă pentru asigurarea prestigiului social al profesiunii medicale, în care conştiinţa răspunderii personale deţine un loc major.

În socialism, orice om, dar cu atît mai mult medicul, trebuie să manifeste maximum de grijă şi atenţie pentru interesele omului şi ale colectivităţii şi să dea dovadă de competenţă maximă, prudenţă şi devoţiune, avînd create condiţiile sociale de exercitare a profesiunii sale. Din acest punct de vedere, incriminarea echitabilă a unor lacune etico-profesionale constituie o necesitate deontologică şi socială, dacă avem în vedere că societatea este interesată în păstrarea sănătăţii şi vieţii fiecărui membru al său şi că justeţea acestor incriminări, în loc de a frîna iniţiativa utilă a medicului, prin caracterul lor echitabil, trebuie, dimpotrivă, să crească exigenţa faţă de calitatea asistenţei medicale şi faţă de conduita proprie.

5

DEONTOLOGIE, MEDICINĂ ŞI TEHNICIZARE

Se pare că progresul tehnicii medicale a schimbat raporturile medicului cu boala şi bolnavul, sărăcindu-le conţinutul specific uman. O astfel de situaţie l-a făcut pe A. Maurois să afirme că „medicina a obţinut victoria înainte de a pregăti pacea, că ea a făcut din medici zei înainte de a merita ca ei să fie oameni". Mai mult, în ciuda evoluţiei sale tehnice, medicina n-a putut deveni nici o ştiinţă exactă, iar consecinţele uman-morale negative nu au încetat să apară — simţul clinic al medicului slăbeşte, timpul acordat preocupării sale pentru uman se scurtează, însăşi medicina, din totdeauna unică, a omului complex, ca entitate biopsiho-raţională, devenind o medicină a diferitelor aparate şi organe.

De pe poziţiile concepţiei noastre despre om şi viaţă trebuie precizat însă că nu aplicarea tehnicii este periculoasă în medicină, ci utilizarea ei inadecvată, neglijarea caracterului social-uman al actului medical, transformarea tehnicii într-o cale de obţinere a unor avantaje imediate, justificarea prin tehnică a unei etici utilitariste, care vizează cu precădere interesele medicului.

Hiperspecializarea, firească astăzi în medicină, care realizează un studiu şi o abordare unilaterală a bolnavului, nu trebuie să fragmenteze încrederea în medic. În condiţiile unei medicini lipsite de orice element alienant, ca în societatea noastră, nu există însă un astfel de risc, chiar în contextul aplicării celei mai înguste tehnici. Fenomenul tehnicizării apare deci ca un fenomen pozitiv într-o medicină fundată pe principiile organizării socialiste, dar negativ, generînd concurenţă meschină, într-o medicină care nu se conduce după un principiu social unitar.

Specializarea nu trebuie înţeleasă ca o limitare a orizontului medical, ca un regres intelectual şi profesional, ci, dimpotrivă, ca o formă particulară de realizare a unei medicini integrale. Numai fetişizarea tehnicii şi absolutizarea hiperspecializării s-ar putea „transforma, într-o lene ideatorie şi o comoditate profesională", care ar aduce medicului eşecuri şi conştiinţa culpabilităţilor sale profesionale. Orice investigaţie tehnică, orice hiperspecializare trebuie să rămînă subordonată ansamblului clinic. În plus, în condiţiile medicinii sociale de astăzi, medicul nu poate face abstracţie de solidaritatea umană cu bolnavul şi de resorturile colective ale muncii sale, de discernămîntul său lucid ca şi de dorinţa de susţinere a condiţiei de om suferind. A fi, înainte de toate, „medic de suflet", este o necesitate a practicii medicale actuale, în care deontologia apare ca o modalitate de reunificare a sensurilor profund umane ale acestei practici. Mişcarea neohipocratică modernă conţine tocmai acest element de necesitate a creşterii rolului eticii în corijarea efectelor introducerii tehnicii în medicină.

Un efect inevitabil al introducerii tehnicilor noi în medicină este creşterea riscurilor medicale la care expunem bolnavii. Astfel, se vorbeşte de boli ale progresului medical, în condiţiile în care se prescriu explorări inutile, pentru acoperirea medicului de orice responsabilităţi. Ca urmare, se înregistrează un număr important de erori datorită renunţării la simţul clinic, la sinteze şi la însăşi evaluarea riscurilor de către medic. O cale prin care medicina poate reduce la minimum aceste riscuri este tocmai introducerea elementelor de ordin uman, prin care se evită transformarea actului medical într-un act pur tehnic, „veterinar", şi a medicului într-un funcţionar fără solicitudine, conştiinţă şi căldură afectivă.

Prin tehnică, medicul va lupta cu tulburările organice, iar prin conştiinţa sa morală va lupta cu disperarea şi nesperanţa. La aceasta se referea şi A. Maurois, la încheierea unui congres internaţional de morală medicală, cînd afirma că, „în ciuda progreselor ştiinţei, mîine ca şi astăzi, vor fi bolnavi şi vor fi necesari medici şi totdeauna, alături de aceste progrese va fi indispensabilă necesitatea păstrării raporturilor umane cu omul bolnav. Mîine ca şi astăzi, spunea el, morala medicală va trebui respectată de toţi medicii, iar viaţa medicilor va fi totdeauna eroică, dificilă, neliniştită, dar uneori sublimă".

Actul medical a fost şi va fi întotdeauna un act ştiinţific, social şi psihologic. Medicul nu trebuie să-şi concentreze atenţia numai asupra bolii, ci şi asupra bolnavului, să nu privească omul numai prin prisma rezultatelor explorărilor sau aparatelor, pentru a nu risca să înlăture atributele umane din actul său medical. Medicina nu doreşte să formeze funcţionari, ci medici-oameni, sensibili la nevoile umane, iar relaţia medic-bolnav să se instituie ca o modalitate a relaţiei interumane şi nu ca o relaţie pur profesională. Totdeauna medicul va fi solicitat de bolnav

nu numai ca un profesionist, ci şi ca un om cu o experienţă de viaţă în plus, care poate fi util şi printr-un sfat sau printr-o îndrumare.

Modificarea conţinutului unor specialităţi, scăderea longevităţii specialităţilor medicale, perimarea unor „cunoştinţe medicale" într-un ritm foarte rapid, amplificarea şi diversificarea metodelor de lucru ale medicinii aduc în discuţie relaţia dintre tradiţional şi actual în medicină. Tot ce constituie progres trebuie asimilat tradiţiilor perene ale medicinii care promovează idei generoase. În medicină permanentul rămîne conştiinţa profesională, care subordonează tehnica scopului de a susţine binele condiţiei umane. În acest sens, Haţieganu afirma că nu trebuie să ne întoarcem înapoi la Hipocrate, ci, dimpotrivă, să mergem înainte cu Hipocrate. Astăzi, mai mult ca niciodată, medicul are nevoie de talent, de virtuozitate şi de receptivitate dată de nou, de permanentă remaniere a cunoştinţelor sale, de îndrăzneală şi spirit critic faţă de rezultatele muncii sale şi faţă de efectele progresului tehnic şi ale hiperspecializării. Numai în acest context spiritual va reuşi medicul să păstreze viziunea omului întreg şi să nu cadă în greşeala satirizată de B. Shaw, după care specialistul este un om care ştie din ce în ce mai mult despre lucruri din ce în ce mai puţine, în cele din urmă el ajungînd să ştie totul despre nimic.

Drept corective ale efectelor negative datorate introducerii tehnicii moderne în medicină trebuie reţinută, în primul rînd, capacitatea unor discipline integrative, printre care şi psihologia şi etica medicală, de a reda sensul profund uman al profesiunii medicale, de a reduce hiatusul dintre tehnică şi om prin înţelegerea relaţiei medic-bolnav, mai întîi ca o relaţie interumană şi apoi profesională. Deontologia corijează efectele tehnicizării prin emergenţa conştiinţei morale, a îndeplinirii exemplare a îndatoririlor profesional-umane. O cale de preîntîmpinare a efectelor unei tehnicizări a medicinii o poate constitui şi promovarea formării medicilor de medicină generală. Medicul de medicină generală este considerat astăzi ca un punct focal al oricărei asistenţe medicale, ca un punct central al asistenţei specializate şi diversificate, ca o placă turnantă a medicinii de sinteză, adevărat medic al persoanei, un consilier al stării de sănătate.

Un alt mijloc de corijare a efectelor tehnicizării medicale este activitatea colectivă a medicilor, munca lor de echipă, în măsură să diminueze riscurile decalajului firesc dintre progresul ştiinţei medicale şi însuşirea cunoaşterii sale, riscurile dificultăţilor de informare ale medicului de astăzi. Instruirea permanentă, eficacitatea sintezelor clinice şi terapeutice, efortul creator al echipei, completarea reciprocă a cunoştinţelor şi actelor tehnice, a atitudinii faţă de bolnav constituie un beneficiu integral al muncii de echipă în condiţiile noastre de lucru.

Un corectiv important al tehnicizării medicinii trebuie să fie educarea simţului clinic, necesar medicului ca artistului talentul (Brînzeu). Diagnosticul este un act de creaţie logică şi intelectuală, şi fără simţ clinic,

fără intervenţia personalităţii medicului, a experienţei lui, a simţului său clinic, el poate fi stabilit greşit. Fără simţ clinic, medicul riscă să rămînă în profesiunea sa un simplu meşteşugar şi nu un om de cultură. Simţul clinic înseamnă în primul rînd spirit de observaţie, el presupunînd în acelaşi timp o bogată informaţie şi o importantă capacitate de raţionare logică. Trousseau, chemat la o fetiţă cu nefrită, intrînd pe uşă, a precizat diagnosticul de nefrită scarlatinoasă, deoarece în curte văzuse jucîndu-se o altă fetiţă cu palmele cojite. Leriche, la un copil suspectat de o tumoare, a spus direct că este vorba de un seminom pe testicul ectopic, deoarece observase că una din burse era goală. După Brînzeu, simţul clinic este aptitudinea de a evalua rapid şi complet, pe bază de informare practică şi raţionamente juste, o situaţie patologică. Arta diagnosticului corect se cîştigă, cum spunea Roger, prin studiul teoretic al bolilor şi examen repetat al bolnavilor.

Tactul medical, care completează simţul clinic, este priceperea medicului de a se comporta adecvat cu fiecare bolnav, în raport de psihologia lui.

Ca şi simţul clinic, intuiţia medicului nu este ceva înnăscut, ci exprimă o experienţă profesională. Tenacitatea, perseverenţa şi interesul pentru bolnav le dezvoltă pe toate deopotrivă. Medicii din trecut, pe baza observaţiei şi experienţei, au pus diagnostice celebre şi s-au comportat ireproşabil faţă de toţi bolnavii, stabilind prognostice şi atitudini terapeutice utile. Se spune că A. Paré, solicitat să îngrijească pe Carol al IX-lea ca pe un rege, a răspuns: „îl voi îngriji cum cere, deoarece eu îngrijesc pe toţi bolnavii ca pe regi".

Abuzul de explorări nu trebuie să reducă sau să elimine spiritul de observaţie, simţul clinic. Medicul trebuie să observe continuu bolnavul, să discute cu el, să-l consulte el însuşi şi să nu preia diagnosticul altora. Examenul clinic trebuie să dicteze utilitatea şi felul investigaţiilor, deoarece acesta rămîne, cum spunea P. V. Radot, faptul iniţial, terminal şi capital al diagnosticului. Explorările trebuie să uşureze sarcina medicului şi nu să-l îndepărteze, să-l înstrăineze de bolnav. Faptele observate de medic trebuie apoi interpretate logic. Între pregătirea teoretică şi cea practică nu trebuie să existe diferenţe, riscul teoretizării, în dauna simţului clinic, fiind real. În acelaşi timp, fără o pregătire teoretică serioasă, se riscă empirismul. Fiessinger spunea că un medic care nu citeşte, chiar dacă ar avea o experienţă de un secol, ar fi doar un biet medic şi vanitatea lui nu ar avea ca egal decît propria lui experienţă. Pe de altă parte, teoria fără practică este tot atît de pernicioasă ca şi ignoranţa.

Anamneza este un element important în stabilirea diagnosticului. Rist spunea că din modul cum un medic ia anamneza bolnavului, din modul cum discută cu bolnavul şi îl interoghează, îţi dai seama de ştiinţa lui, de experienţa lui clinică, de calităţile psihologice şi autoritatea lui morală.

Prin observaţie, examen şi apoi prin selecţionarea datelor, gruparea şi interpretarea lor logică, medicul formulează o ipoteză diagnostică ce urmează apoi a fi confirmată. Pentru a stabili o ipoteză cît mai aproape de adevăr, medicul trebuie să facă examene complete, deoarece, la o greşeală prin necunoaştere, întîlnim zece greşeli prin neglijenţă, spunea Lindsay. Dacă un medic poate greşi prin ignoranţă, în nici un caz nu trebuie să greşească prin neglijenţă. Examenul clinic, la un medic mare, este făcut fără idei preconcepute, fără orgoliu în a ajusta faptele la diagnosticul odată pus. Este mai bine ca medicul, prin înţelepciune şi discernămînt, să fie prudent în concluzii şi să-şi valorizeze toate resursele intelectuale înainte de a se pronunţa. Un pic de îndoială, de scepticism este necesar adevărului, dar aceasta nu trebuie transformată într-un sistem de lucru, ci, ca un act de prudenţă, trebuie să fie utilă bolnavului. În acelaşi scop, medicul trebuie să ştie să ceară un sfat, pentru că „nici un dar nu este mai preţios decît sfatul bun" (Erasmus). De asemenea, în cazuri dificile de explorare trebuie să aleagă metoda cu cele mai puţine riscuri pentru bolnav. În nici un caz nu va recurge la mijloace de explorare al căror risc este mai mare decît utilitatea lor pentru bolnav. Cum spunea Bürger, diagnosticul cel mai bun este cel stabilit cu mijloacele cele mai simple şi mai puţin obositoare pentru bolnav.

În încheiere, trebuie afirmat că în condiţiile în care tehnica pătrunde în cîmpul medicinii, corijarea unor posibile efecte negative asupra conduitei medicului nu se poate face decît printr-o morală medicală autentică, care cultivă aspiraţia către slujirea bolnavului ca o adevărată trăire, care cultivă vocaţia şi normele deschise de comportament profesional, respectul pentru adevărul ştiinţific, pentru om, care nu poate fi un obiect destinat gloriei medicului, ci e subiectul sentimentelor sale de fraternitate şi solidaritate umană.

6

IMPLICAŢIILE ETICO-PSIHOLOGICE ALE RELAŢIEI MEDIC-BOLNAV

Medicina ca profesiune a presupus întotdeauna, dar mai ales în condiţiile progresului tehnic actual, o atitudine etico-afectivă faţă de bolnav. Dacă progresul tehnic, incontestabil, a avut totuşi limitări în timp şi spaţiu, atitudinea etico-afectivă a conferit practicii medicale elemente de permanenţă.

Succesul actului medical, după cum se ştie, depinde de o bună organizare şi funcţionare a unităţilor sanitare, de conştiinţa profesională a cadrelor sale şi de prestigiul medicului în faţa bolnavului.

Dacă spunem că medicina este înainte de toate un domeniu al umanului, medicul apărînd astfel ca „o existenţă pusă în folosul alteia", cerîndu-i-se, prin urmare, o deosebită cultură umană, dacă spunem că medicul are nevoie „de calităţile tuturor celorlalte profesiuni", deoarece răspunde de însăşi viaţa omului, atunci realizarea acestor atribute trebuie să se facă în primul rînd în calităţile sale moral-psihologice. Această cerinţă a fost promovată încă de pe timpul lui Hipocrate, care arăta că pentru a fi bun medic este nevoie de predispoziţie (vocaţie), studii, timp, loc prielnic şi dragoste de muncă. Astăzi, progresul tehnic în medicină a accentuat preocuparea pentru psihicul bolnavului şi valoarea calităţilor morale ale medicului.

Este un adevăr acela că niciodată organismul „nu răspunde la un model prefabricat al bolii", că nu se poate separa soma de psihic; prin urmare, trebuie să ne interesăm şi de psihicul bolnavului, nu numai de boala sa, deoarece totdeauna sarcina medicului a fost de a alunga nu numai o durere fizică, ci şi o deznădejde, o temere sau o nelinişte, şi prin aceasta de a da o speranţă omului. Pentru a realiza acest deziderat,

nedicului îi trebuie disponibilitatea de a înţelege bolnavul în totalitatea a, motiv pentru care, dacă se afirmă că „medicii au avut bolnavii pe care îi merită", aceasta s-a datorat şi atitudinii faţă de ei. V. Sâhleanu consideră, pe bună dreptate, că preocuparea pentru psihicul bolnavului este o datorie morală, iar cuplul psihologie-morală medicală, o unitate nseparabilă. Nu se poate concepe formarea conştiinţei profesionale fără disponibilităţile psihologice specifice ale medicului, după cum nu este posibilă realizarea „destinului medicului de a îngriji, consola şi vindeca, atunci cînd este posibil", fără conştiinţa morală a datoriei profesionale. Dacă se spune că raportul medic-bolnav este o întîlnire dintre o încredere şi o conştiinţă, că medicul trebuie să răspundă întotdeauna pe măsura unei încrederi angajate, atunci afirmaţia se referă în primul rînd la statuarea unor relaţii afective cu bolnavul, care solicită ajutorul medicului pentru a rămîne echilibrat în faţa bolii.

Relaţiile moral-psihologice dintre medic şi bolnav aduc în discuţie două probleme:

Faţă de aspectele dramatice pe care, deseori, le implică practica medicală, cum poate compensa medicul unele simţăminte de neputinţă şi unde găseşte el, aşa cum spunea G. Bogdan, curajul necesar pentru a suporta durerea altora? Dacă se vorbeşte de o dispariţie a afectivităţii medicului în faţa suferinţelor repetate, cîteodată firească pentru o atitudine dîrză în faţa bolii, dacă se vorbeşte de o conştientizare a sentimentelor (V. Pavelcu), care ne poate face mai puţin emotivi în faţa bolii, cum poate medicul compensa această stare psihologică în scopul de a realiza întotdeauna un „transfer securizant" pentru bolnav?

Răspunsul nu poate veni decît din partea conştiinţei morale şi implicit a calităţilor psihologice ale medicului, singurele în măsură să compenseze atari situaţii, mai ales în condiţiile sale de activitate solitară şi deseori dramatică. Conştiinţa moral-psihologică, pasiunea pentru bolnav se identifică cu ceea ce curent numim vocaţie medicală, atît de necesară siguranţei bolnavului, succesului profesional şi satisfacţiei în munca sa.

În al doilea rînd, dacă boala apare ca o „dramă a condiţiei umane", care determină trăiri afective intense, faptul presupune din partea medicului atît calităţi psihologice pentru a realiza un transfer afectiv stenic, în scopul vindecării, precum şi devotament faţă de bolnav. Devotamentul medical, trăit afectiv şi moral, se identifică cu conştiinţa profesională.

În ceea ce priveşte psihologia medicală, ea nu poate fi considerată ca o „introducere la studiul psihiatriei" (Atanasiu), fiind un corolar firesc al interrelaţiilor medic-bolnav instituite în diferite circumstanţe întîlnite în practica medicală, generală şi specială. Se poate vorbi astfel de o psihologie medicală generală, ce se ocupă de studiul personalităţii omului bolnav, ca şi de interrelaţiile psihologice medic-bolnav, şi de o

psihologie medicală specială, care se particularizează prin aceste aspecte în activitatea concretă a fiecărei specialităţi medicale (Banscinskov).

Cum slujeşte psihologia medicală ocrotirea sănătăţii publice?

În condiţiile noastre sociale, creşterea calităţii asistenţei medicale şi larga sa accesibilitate, obiectiv principal al politicii sanitare a partidului şi statului, presupun utilizarea în acest scop a tuturor mijloacelor şi resurselor, printre care un aport deosebit îl pot aduce psihologia şi etica medicală. Este evident că orice măsură organizatorică, ca şi cea mai bună pregătire profesională, nu-şi pot atinge în mod integral scopul dacă nu sînt însoţite de o atitudine moral-psihologică adecvată faţă de obligaţiile profesionale. Psihologia şi mai ales etica medicală sînt singurele în măsură să dea conştiinţă profesională deplină asupra rolului medicului în societate, rol în care se încadrează cu precădere atitudinea faţă de bolnav. Realitatea faptului este dictată atît de preocuparea societăţii socialiste pentru om, căruia îi garantează dreptul la sănătate, cît şi pentru aspectele psihologice ale bolii, care obligă pe medic ca, pe lîngă diagnosticul de boală, să aibă în atenţie şi suferinţa sa morală şi psihică. Determinarea psihologică a unor boli organice justifică, o dată mai mult, faptul că medicul, alături de actul său tehnic, trebuie să contribuie la creşterea calităţii muncii sale printr-o atitudine psihoterapeutică, prin căpătarea încrederii bolnavilor, prin înţelegerea lor integrală, în scopul redării lor familiei şi societăţii. Medicul care risipeşte o angoasă, care dă încredere şi readuce optimismul unui bolnav, contribuie la realizarea umanismului nostru social. Dacă boala se defineşte ca o stare corporală şi o stare de conştiinţă a bolnavului, rezistenţa la boală depinde întotdeauna de imaginea bolnavului despre boală, de încrederea în medic.

Aspectele enunţate sînt aduse în discuţie în special de problema raportului dintre progresul tehnic şi atitudinea psihologică în medicină, a rolului simţului clinic în diagnostic şi a timpului unei consultaţii clinice, a criteriilor de apreciere a riscurilor consecutive abuzului de investigaţii, a ponderii anamnezei în diagnostic, ca şi de cea a implicaţiilor diagnosticului ambivalent pentru bolnav, cu pericolele confirmării sau aparenţele incertitudinii. Cu riscul repetării, cîteva consideraţii generale pot fi utile. În condiţiile societăţii noastre, în care progresul tehnic face parte din legităţile sale de dezvoltare, trebuie să veghem să nu „pierdem în uman ceea ce cîştigăm în tehnică", să evităm „fragmentarea încrederii bolnavului în medic" prin hiperspecializarea şi tehnicizarea unui domeniu care implică prin excelenţă relaţii interumane directe. Trebuie să formăm conştiinţa că, fără uman, actul medical este un act pur tehnic, de contact rece cu bolnavul, iar medicul — un funcţionar lipsit de conştiinţă morală, solicitudine, dinamism şi chiar libertate în decizii. Hodara spunea că în epoca tehnologiei, medicul trebuie să ştie să rămînă întîi om. Psihologia medicală contribuie la umplerea acestui hiatus dintre

tehnică şi om, prin înţelegerea bolnavului, prin studiul unităţii relaţionale a bolii, prin formarea unui medic „capabil de emoţie, inedit şi curiozitate". Psihologia şi etica medicală sînt deci în măsură să aducă corective atît progresului tehnic, prin explorarea dimensiunilor psihologice ale bolii, cît şi hiperspecializării exclusive, prin evitarea atitudinii impersonale şi inafective a medicului. Se ştie că tehnicizarea nu poate suplini intuiţia, flerul clinic şi căldura umană şi, ca şi alte discipline integrative, psihologia şi etica medicală contribuie la redarea sensurilor adevărat-umane şi perene ale medicinii şi la susţinerea entuziasmului, curajului şi devoţiunii pentru om, ca virtuţi esenţiale ale medicului. Cînd Kafka spunea că este uşor să scrii o reţetă, dar este greu să te înţelegi cu oamenii, se referea la atari virtuţi, care îşi găsesc cîmp de aplicare în orice sector medical, atît în ambulator, cît şi în familie sau spital. La fel afirma autorul „Călătoriei în jurul craniului meu" cînd spunea că toţi medicii s-au ocupat de creierul său, dar nici unul de dînsul.

Iată de ce, pe bună dreptate, se consideră că, în toate condiţiile menţionate, psihologia şi etica medicală apar ca un corectiv la studiul fracţionat al bolnavului şi ca o modalitate de a accentua sensurile profund umane ale actului medical. Trebuie evitat ca preocuparea firească pentru tehnică să despoaie actul medical de ceea ce are el mai uman.

Studiul coordonatelor moral-afective dintre medic şi bolnav, al climatului psihologic al bolii apare, aşadar, ca o necesitate. Neglijarea factorului psihologic poate crea adevărate drame atît pentru medic cît şi pentru bolnav. Un diagnostic de boală gravă pus cu uşurinţă devine traumatizant pentru bolnav, antrenînd cele mai grave trăiri afective şi chiar ideea autolitică. Nu trebuie să existe, deci, procedură sau act medical care să fie despuiat de atitudinea psihologică, fapt ce obligă pe medic să fie un bun psiholog. La o atare atitudine se referea Pavlov cînd spunea că „datorită psihologiei eu pot să-mi închipui complexitatea stării subiective a unei persoane, să intru în starea ei psihică, să simt şi să gîndesc ca ea".

Pentru a creşte randamentul său profesional, medicul trebuie să fie înarmat, deci, cu toate posibilităţile de cunoaştere a bolnavului, inclusiv cele psihologice. Practica ne arată că la evitarea multor erori şi culpe medicale privind bolile iatrogene, psihologia medicală aduce o contribuţie esenţială.

În cadrul învăţămîntului medical trebuie accentuat, în consecinţă, aportul disciplinelor integrative în formarea medicului societăţii noastre, care trebuie să aibă o viziune de ansamblu asupra bolii, bolnavului şi mediului său de existenţă şi „să ajute efectiv bolnavul prin intermediul tuturor ştiinţelor despre om". Cît despre psihologia medicală, ea poate îndeplini rolul unei adevărate „propedeutici ştiinţifice" pentru toate

disciplinele medicale, fapt care permite o înţelegere mai profundă a omului şi o utilizare mai cu folos a cunoştinţelor oferite de progresul tehnic medical în interesul bolnavului.

În contextul progresului relaţiilor om-mediu, în care se include şi progresul medical, o viziune integrativă asupra omului este inclusă de însăşi hiperspecializarea medicinii. Omul trebuie cunoscut în complexitatea sa, înţeles sub raportul integrării biologicului în social, al trăirilor şi afectelor sale deseori contradictorii (ca în situaţia de boală), pentru a răspunde „imperativului etic al unei epoci şi profesiuni". Se spune că hiperspecializarea are ca efecte negative îngustarea posibilităţilor intelectuale şi de cultură general-profesională, precum şi fragmentarea încrederii bolnavului în medic. Aşa cum menţiona C. Dimitriu, deseori riscurile abordării bolnavului vin de la unilateralitate şi nu de la ansamblu, care este prudent şi critic, pe cînd, unilateralitatea, agresivă şi dogmatică. Progresul medical, ce presupune procesul de integrare, condiţionează în plus finalitatea practică a cercetării ştiinţifice, care se dezvoltă în măsura în care integrează datele ştiinţelor fundamentale. Specializarea firească, crescîndă, readuce astăzi în discuţie rolul medicului de medicină generală, cu viziune integrală asupra bolnavului (deşi „depăşit în capacitatea sa de înţelegere şi memorarea faptelor medicale").

Aceasta presupune cu necesitate educarea şi autoeducarea simţului clinic, a capacităţii de a efectua sinteze veridice şi utile bolnavului şi de a estima cît mai riguros riscurile profesionale. Chiar dacă progresul tehnic medical „a făcut din noi zei înainte de a merita să fim oameni", nu trebuie uitat că există o singură medicină, aceea a omului în complexitatea sa. Învăţămîntul medical trebuie să completeze laturile instructive cu toate aspectele sale formative pentru a nu risca „reducerea relaţiilor medic-bolnav la simple relaţii de robot". Oricînd şi oriunde medicul va rămîne factorul de sinteză a procedurilor medicale scindate de tehnică, cu sarcina de a reda bolnavului unitatea sa biopsihică şi relaţională. Medicina va presupune întotdeauna activitatea unor medici-oameni, sensibili la suferinţele umane, care să preia tehnica cu un risc calculat, care „să înţeleagă relaţia medic-bolnav întîi ca o relaţie interumană şi apoi profesională" (Săhleanu) şi să evite pe toate căile atitudinea funcţionărească faţă de obligaţiile profesionale.

În acest sens considerăm că externatul generalizat constituie cadrul cel mai adecvat pentru însuşirea noţiunilor de psihologie medicală. El aduce un contact viu şi permanent cu bolnavul, ca dealtfel cu întreaga medicină. În cadrul său, viitorul medic trebuie ajutat la realizarea personalităţii sale medicale, la fixarea ideilor profesionale, pentru ca, la rîndul său, să redea bolnavului idealurile de viaţă şi să-i restabilească armonia vitală, echilibrul psihologic. Cu toţii trăim „puterea magică" a

medicinii de a anula o anxietate, o angoasă, un conflict sau un eşec psihologic. Independent de aceasta însă, toţi cei interesaţi în instrucţie şi educaţie trebuie să promoveze o „medicină personalizată", deoarece „singura medicină umană este medicina omului total".

Externatul trebuie să formeze convingerea că medicul are nevoie de o veritabilă cultură şi că exercitarea medicinii presupune şi calităţi psihologic-morale, că medicul trebuie să fie instruit, dar şi format, deoarece medicina nu este numai o meserie ci şi o misiune. La absolvirea facultăţii, medicul trebuie să aibă convingerea că actul medical este în esenţă un act uman.

Parsons arată că medicul, în faţa unei boli, poate adopta cinci atitudini: de competenţă tehnică, universalistă, funcţionărească sau de neutralitate afectivă. Bolnavul apreciază la medic în primul rînd altruismul, devotamentul şi abnegaţia. Prin aceasta, medicul devine o putere moral-psihologică faţă de bolnav, iar ataşamentul afectiv al bolnavului faţă de medic favorizează transferurile pozitive. Firește că tocmai o astfel de atitudine trebuie cultivată de către medic.

Pentru valorizarea posibilităţilor oferite de externatul generalizat sînt semnificative concluziile unei mese rotunde organizată de studenţii şi cadrele didactice de la Facultatea de medicină din Lille: „Există în medicină un lucru dificil şi unul singur, acela de a lua contact cu bolnavul, de a-l asculta, de a-l face să vorbească, de a obţine asupra lui o influenţă suficientă pentru a mobiliza comportamentul său, de a obţine colaborarea sa la terapie şi un minimum de disciplină terapeutică, de a-l ajuta faţă de lumea externă şi, bineînţeles, faţă de lumea lui pentru a trăi maladia şi tratamentul său în condiţiile cel mai puţin inumane; şi aceasta nu se poate învăţa altfel decît punînd realmente în contact cît mai mult posibil şi cît mai mult timp viitorul medic cu bolnavul".

7

DREPTUL MEDICAL ŞI FORMELE RESPONSABILITĂŢII MEDICALE

Este ştiut că succesele medicului în profesiune depind de buna organizare a unităţii în care lucrează, de competenţa şi conştiinciozitatea sa profesională, ca şi de capacitatea de a decide în interesul bolnavului.

Buna organizare a locului de muncă aduce în discuţie, printre altele, şi capacitatea medicului de a fi un bun organizator. În ceea ce priveşte autoritatea medicului prin competenţa sa profesională, e cunoscut faptul că cel ce nu învaţă permanent devine „un răufăcător potenţial", ca şi cel care încalcă datoria de a-şi recunoaşte o greşeală făcută. Aşadar incompetenţa cea mai pernicioasă este aceea împotriva căreia medicul nu luptă şi pe care nu o recunoaşte. Dar cele mai perfecte structuri organizatorice şi cea mai bună pregătire profesională pot deveni inoperante în lipsa conştiinciozităţii profesionale. La medic conştiinciozitatea trebuie să se manifeste ca o trăsătură de caracter, incompatibilă cu indiferenţa, descurajarea sau egoismul.

În sfîrşit, în condiţiile prudenţei profesionale, medicul trebuie să găsească toate posibilităţile de decizie în interesul bolnavului, chiar dacă el se află în faţa unor dileme morale cu care se confruntă medicina modernă. De asemenea, în condiţiile unei tendinţe a ambianţei către indiferenţă şi insensibilitate, el trebuie să lupte şi să confirme permanent valoarea morală a sensibilităţii şi abnegaţiei pentru bolnav.

Responsabilitatea medicală poate fi de mai multe feluri, în funcţie de tipul normelor care reglementează profesiunea medicală: responsabilitatea disciplinară, administrativă, etică, politică, juridică etc. În practica medicală domină, evident, răspunderea etică, social-politică, ca şi cea juridică. Indiferent de forma sa, responsabilitatea medicului este

publică, deschisă, şi prin aceasta solidară cu cea a întregului corp medical. Ea este, în acelaşi timp, personală, individuală, antrenînd neliniştea, remuşcările sau satisfacţiile, dezacordul sau acordul cu sine însuşi şi credinţa în viaţa sa profesională şi socială. Atît responsabilitatea publică, cît şi cea intimă au ca sursă conştiinţa moral-profesională a medicului şi grija permanentă pentru bolnav. Dreptul la sănătate al fiecărui om conferă medicului responsabilităţi deosebite, de ordin tehnic, etic şi social. Medicul nu îşi desfăşoară activitatea ca un simplu prestator de serviciu, ci ca un profesionist cu responsabilităţi multiple.

Departe de a admite că societatea caută totdeauna un responsabil, medicul trebuie să fie convins el însuşi de realitatea responsabilităţii sale, care decurge din independenţa sa profesională şi încrederea bolnavului în el.

Orice declin al responsabilităţii în conştiinţa medicului poate avea efecte nocive asupra activităţii sale.

O problemă deontologică de mare actualitate se referă la criteriile delimitative dintre responsabilităţile cu care se confruntă medicul şi, mai ales, dintre răspunderea sa morală şi cea juridică.

După unele opinii, delimitarea acestor două tipuri de responsabilitate rezidă în prezenţa sau absenţa îndoielilor medicului, ca şi a controverselor ştiinţifice faţă de o procedură medicală corect executată. Ori de cîte ori medicul se află în dubiu, ori de cîte ori va avea o îndoială raţională (*reasonable doubt*), el va fi în faţa unei erori neimputabile (*in dubio non obligat*), a unei răspunderi morale, dar nu şi în faţa unei greşeli şi deci a unei răspunderi juridice. Astfel, ori de cîte ori medicul va evalua riscurile, va face posologia lor adecvată în interesul bolnavului şi va accepta riscul inoportun sau dat de boală, el nu va purta vreo răspundere juridică, ci una morală.

O delimitare realistă, plasată mult mai adecvat între caracterul abstract al principiilor juridice şi concretul faptelor medicale, cu valoare de criteriu medico-legal de această dată, arată că medicul va putea trăi conştiinţa unui eşec moral dar nu va fi subiectul unei răspunderi juridice ori de cîte ori el a făcut tot ceea ce a putut ca profesionist şi ca om, în condiţiile sale de lucru şi în raport de pregătirea sa. În cazul unui astfel de comportament, medicul, înfrînt ca profesionist, va rămîne totuşi în conştiinţa oamenilor ca medic, ca om. Ultimul criteriu oferă deci şi condiţiile ideale ale comportamentului medical profesional, bazat pe nevoia de a face totul ca medic şi ca om în interesul bolnavului şi societăţii. Acest comportament ideal, justificat de încrederea nelimitată a bolnavului în medic, este în măsură să-i dea sentimentul cel mai autentic de răspundere şi, ca atare, de independenţă rezultată din slujirea altruistă a bolnavului.

Sarcina delimitării tipurilor de responsabilitate medicală revine unor comisii care dispun de o competenţă dublă, de medic şi de magistrat, şi care caută punţi ştiinţifice de legătură între realitatea concretului medical şi cerinţele abstractului juridic. Aceste comisii trebuie să împletească, în mod ireproşabil, competenţa cu conştiinţa profesională. Prin atitudinea lor, ca şi prin metodele lor de lucru, ele trebuie să fie adevărate „tribunale de judecată" a medicului. Încă Aristotel considera că medicul este cel care trebuie să judece responsabilitatea medicală, deoarece numai cel ce trăieşte dramatismul practicii medicale poate să fie judecătorul medicului şi oricine altcineva, dacă ar încerca acest lucru, s-ar plasa în situaţia orbului condus de altul. În decursul timpului, acest ideal nu a putut fi totdeauna atins datorită servituţilor de clasă ale medicinii.

Comisiile medico-legale, de regulă, rezolvă şi delimitează cazurile de responsabilitate medicală după criterii obiective, asigurate prin competenţă ştiinţifică deplină, cunoaşterea temeinică a practicii medicale în domeniul în care se discută cazul şi o conştiinţă moral-socială superioară. Tot efortul de lucru al acestor comisii constă în corelarea faptului medical, deseori aleator, cu abstractul juridic, pertinent şi precis stipulat. Ele iau în consideraţie particularităţile actului medical, totdeauna complex, care implică abordarea bolnavului şi a bolii sub toate aspectele lor — tehnic, moral etc. Comisiile trebuie să se plaseze totdeauna în condiţiile concrete de lucru ale medicului în cauză, luînd în consideraţie, îndeosebi, efortul său în asigurarea sănătăţii şi salvarea vieţii, efort care deseori se face cu preţul depăşirii resurselor sale intelectuale şi fizice. Astfel, se poate întîmpla ca un medic să respecte întocmai regulile morale şi juridice, să obţină, de exemplu, un consimţămînt clar al bolnavului, dar să nu fie întru totul util lui, fapt ce va viola în mod evident conştiinţa sa profesională. Mai rar se va întîmpla ca, lucrînd fără a se gîndi la regulile juridice şi făcînd tot ce poate ca medic şi ca om, să cadă sub incidenţa legilor juridice.

Responsabilitatea membrilor comisiilor medico-legale apare, prin urmare, ca fiind dublă, de ordin uman dar şi de ordin profesional, şi de aici decurge marea lor răspundere în diferenţierea greşelii de eroare, în stabilirea faptului dacă un prejudiciu suferit se datoreşte intervenţiei medicale sau bolii, în cîntărirea adecvată a responsabilităţilor, care deseori plasează pe medic şi comisiile ce le evaluează între moral şi juridic.

În vederea unor concluzii univoce, utile ordinii sociale, comisiile trebuie să utilizeze raţionamente medico-legale care rezultă din analiza minuţioasă a faptelor medicale, din relaţia acestora cu efectele produse şi din interpretarea lor într-un context juridic. În acelaşi timp, comisiile trebuie să utilizeze toate datele moral-psihologice ale cazurilor, în vederea asigurării fineţei şi prudenţei avizelor lor. Membrii acestor comisii

trebuie să se plaseze în situaţia celui judecat, să evite orgoliile şi atitudinile sentenţioase, în favoarea obiectivităţii ştiinţifice.

Necesitatea de a corela problemele medicale cu cele juridice a dus la afirmarea necesităţii de constituire a *dreptului medical.* În principal, dreptul medical studiază incidenţa legilor asupra actului medical, cît şi incidenţa faptelor medicale asupra dreptului. Din această conjuncţiune, susţinută de medicina legală, rezultă conţinutul specific al dreptului medical, ca şi al responsabilităţii medicale.

Specificul său va consta în cunoaşterea precisă a faptelor medicale şi în interpretarea acestora într-un context juridic, la intersecţia lor aflîndu-se adevărul ştiinţific al relaţiei dintre faptul incriminat şi cerinţele normei juridice.

Dreptul medical va trebui să cuprindă norme începînd cu accesul în profesiunea medicală şi statutul social-profesional al medicului, pînă la pierderea dreptului de practică medicală. El va include toate condiţiile normative ale exerciţiului medicinii, cum ar fi: relaţiile medicului cu terţii, cu personalul auxiliar, cu administraţia, condiţiile de exercitare ale medicinii prin obţinerea unei diplome şi înscrierea într-un colegiu, regulile de exerciţiu ale medicinii, pierderea dreptului de practică medicală prin exerciţiul său ilegal, uzurparea de titlu, lipsurile grave în exercitarea medicinii, incapacitatea medicală prin infirmităţi sau boli, legalitatea actelor medicale şi a secretului profesional etc.

Un capitol important al dreptului medical va trebui să-l constituie reglementarea juridică a problemelor de economie medicală, între care costul asistenţei medicale, prescrierea reţetelor şi polipragmazia, corelarea consumului medical cu gratuitatea asistenţei medicale, concediile şi pensionările pe motive medicale.

În sfîrşit, un alt capitol al dreptului medical l-ar putea constitui normarea activităţii de conducere.

Dreptul medical trebuie să reglementeze climatul de lucru al conducerii unităţilor sanitare după principiul OSCAR, şi anume: obiectivitate, specializare şi muncă de echipă, coordonare, autoritate şi responsabilitate.

Un sprijin în constituirea dreptului medical îl oferă şi evoluţia jurisprudenţei medicale, care consacră categorii juridice de tipul consimţămîntului clar, omisiunii sau pierderii unei şanse de supravieţuire sau viaţă, riscului etc.

ASPECTE ALE RESPONSABILITĂŢII JURIDICE A MEDICULUI

Exerciţiul medicinii, reglementat de norme variate, condiţionează responsabilitatea multiplă a actului medical. Responsabilitatea medicală decurge din particularităţile profesiunii medicale, din caracteristica actu-

lui medical de a se desfăşura uneori imprevizibil, precum şi din sarcinile medicinii de a influenţa capacitatea de producţie şi dinamica populaţiei.

Ceea ce caracterizează delimitarea responsabilităţii morale de cea juridică în practica medicală este realizarea obiectivului etico-ştiinţific al muncii medicului, conform căruia acesta trebuie să facă tot ceea ce poate ca om şi ca specialist, printr-un răspuns prompt la chemare, prin epuizarea mijloacelor de diagnostic şi tratament pe care le are la îndemînă, printr-o comportare umană şi plină de abnegaţie faţă de bolnav.

Responsabilitatea juridică a medicului este justificată de conferirea de către societate a unui drept la sănătate. Ea priveşte efectele umane şi sociale inevitabile ale actului medical, ale progresului medicinii, care poate crea noi riscuri pentru bolnav.

Doctrina judiciară a explicat responsabilitatea medicală prin teorii diferite, dintre care, mai importante sînt: teoria rigoristă, teoria imunităţii medicului şi teoria răspunderii medicale bazate pe greşeală.

După teza rigoristă, actele medicului, comportarea sa, trebuie judecate în raport cu rezultatele muncii sale şi nu cu mijloacele puse la dispoziţie în scopul obţinerii vindecării. Conform acestei teze, „orice calus vicios este consecinţa unei proaste reduceri" şi ca atare, rezultatul negativ terapeutic prezumă vina medicului.

Fundamentarea răspunderii medicale prin rezultatele muncii medicului, pe lîngă faptul că nu este reală, deoarece în vindecare intervin deseori şi factori pe care medicul nu-i poate stăpîni în cele mai perfecte condiţii de asistenţă medicală, are efecte negative asupra acestei activităţi, prin dezafectarea raportului medic-bolnav şi amputarea iniţiativei medicului în interesul bolnavului, prin încetinirea progresului medicinii şi adoptarea unor atitudini pasive, funcţionăreşti faţă de datoriile profesionale. Limitele biologic-concrete şi caracterul uneori aleator al vindecării, ca şi riscurile pe care medicul le întîlneşte în practica sa şi pe care nu trebuie să le evite, ci să şi le asume în interesul bolnavului, se opun categoric fundamentării răspunderii medicale prin teza rigoristică. Mai mult, în aplicarea sa judiciară, o astfel de teză apare ca instabilă, ezitantă şi diferit interpretabilă, fapt ce se opune intereselor judiciare de garantare univocă a ordinii de drept şi de asigurare a autorităţii lucrului judecat.

Teza imunităţii medicului acordă medicului privilegiul juridic al impunităţii, plecînd de la faptul că medicul nu urmăreşte niciodată, prin însuşi mesajul profesiunii sale, să facă vreun rău bolnavului şi, ca atare, dacă el nu a obţinut un succes, înseamnă că el nu a putut să-l obţină şi deci este nevinovat. După această teză, faptele medicului sînt susceptibile doar de o judecată profesională, deoarece totdeauna grija medicului faţă de om pleacă dintr-o intenţie de binefacere, iar actul medical

nu poate fi asimilat cu o lovire sau un omor. Infinita varietate a cazurilor, caracterul evolutiv şi necodificat al terapiilor, subtilitatea unor tehnici şi posibilitatea reacţiilor imprevizibile, condiţionarea diagnosticului nu numai de corectitudinea explorărilor şi a cunoştinţelor medicului, ci şi de intuiţie, de existenţa spiritului critic şi a inteligenţei medicului, îl fac pe acesta să poată greşi mai frecvent ca oricare alt profesionist şi, în caz de insucces, numai Colegiile ar trebui să rezolve „războiul rece dintre medici şi jurişti". Cum nici cel mai benign act medical nu este totdeauna anodin, ci grevat uneori de riscuri, obţinerea unei diplome medicale înseamnă obţinerea unui brevet de impunitate, justificat de caracterul încă conjectural al medicinii.

Nici teza imunităţii nu justifică ştiinţific responsabilitatea medicală, căreia îi conferă, în mod neprincipial, o poziţie privilegiată în societate şi, după care, „doar medicul şi judecătorul nu pot fi pedepsiţi". Mai mult, o atare teză discreditează pe medic şi profesiunea sa, care, de fapt, se confruntă cu mari responsabilităţi. Dacă responsabilitatea medicală există de fapt, ea trebuie acceptată şi justificată şi de drept.

Teza responsabilităţii medicale bazate pe greşeală înlătură inconvenientele tezelor amintite. Ea dă cadrul juridic cel mai adecvat relaţiei medic-bolnav şi necesităţii de a delimita, în practica medicală, eroarea de greşeală, prudenţa de imprudenţă, licitul de ilicit.

Societatea civilizată aduce în faţa profesioniştilor din ce în ce mai mult o responsabilitate deosebită faţă de condiţiile şi sarcinile exercitării profesiunii lor. Acolo unde din vina medicului acestea sînt încălcate, societatea ia atitudine în scopul reafirmării libere şi creatoare a actului medical. Începînd acolo unde încetează disputele ştiinţifice, unde apar riscurile previzibile, responsabilitatea bazată pe greşeală conferă medicului singura libertate de manifestare în interesul bolnavului, ca şi exigenţa faţă de sine. În acelaşi timp, justiţia socialistă, prin incriminarea numai a unor fapte certe, dovedite, apără bolnavul şi societatea de orice imprudenţă sau neglijenţă şi susţine pe medic în efortul său ori de cîte ori el îşi îndeplineşte obligaţiile cu prudenţă şi diligenţă.

După teoria răspunderii bazată pe vinovăţie, medicul nu va răspunde de riscurile imprevizibile. Într-o astfel de viziune ştiinţifică dispare orice „război rece dintre medici şi jurişti". În condiţiile noastre sociale, instituţia răspunderii juridice medicale urmăreşte protejarea intereselor bolnavului, în primul rînd, şi stimularea iniţiativei medicului în interesul bolnavului, în al doilea rînd. Echilibrul dintre aceste două versante trebuie asigurat prin caracterul judicios al incriminărilor, orice exces putînd anula libertatea de acţiune a medicului.

Responsabilitatea medicală bazată pe greşeală realizează astfel o cale de progres al ştiinţei medicale.

În sfîrşit, responsabilitatea medicală bine înţeleasă dă conştiinţa întinderii răspunderii morale, determină o activitate mai exigentă şi mai conştiincioasă şi, prin aceasta, face profilaxia incriminărilor juridice.

Dimpotrivă, orice exces de incriminare judiciară conduce la acceptarea unor intervenţii paliative, la aversiune faţă de riscuri, la preocuparea pentru dosare de acoperire de teama responsabilităţii, la eludarea cazurilor grele şi, în final, la despuierea relaţiei medic-bolnav de ceea ce are ea mai util, şi anume contextul afectiv uman. Totdeauna înţelegerea greşită a răspunderii a determinat fuga de răspundere prin acceptarea unor procedee mai puţin riscante şi, deci, ineficace, şi la constituirea a ceea ce unii au numit „iatrogenie juridică", cu efecte de dezumanizare şi depersonalizare a actului medical, adică de ceea ce are el esenţial. În ce priveşte excesul de incriminare, el determină un declin al răspunderii medicului, ca fapt de conştiinţă trăit prin teama de răspundere, conducînd la lipsa curajului în decizii, la asumarea răspunderii altcuiva etc. Bolnavul devine, în consecinţă, „un dosar tehnic" şi nu un „caz" uman, un obiect susceptibil de un diagnostic automatic şi o terapie standardizată, nu un subiect al actului medical. Acţiunea medicului în loc să rămînă un act de creaţie, se transformă într-un gest stereotip, de responsabilitate diluată.

Atitudinea adevărată faţă de răspundere decurge din actul ce conjugă şi identifică pe medic cu mesajele profesiunii sale. O atare atitudine este incompatibilă cu frica şi fuga de răspundere, care generează inacţiunea culpabilă. Ea trebuie să constituie un mod de structurare a existenţei medicului, o linie de fidelitate austeră atît faţă de sine cît şi faţă de misiunea sa.

Responsabilitatea juridică a medicului prezintă o situaţie particulară în ţările capitaliste. În general, caracterul privat şi contractual al asistenţei medicale determină un exces de responsabilitate, care face ca în S.U.A. de exemplu, cererile de pretinse daune-interese puse pe seama neglijenţei medicului să crească de la an la an cu 10% şi să se realizeze astfel ceea ce unii numesc „climat de inculpare a medicului". Situaţia conduce la practica unei medicini defensive, în dezavantajul bolnavului. În Franţa, speţele medico-legale se dublează în aproximativ 10 ani şi reprezintă 15% în toate procesele prezentate în faţa instanţelor judiciare.

Creşterea frecvenţei acestor speţe cu riscurile de anulare a iniţiativei medicului în interesul bolnavului a dus în aceste societăţi la ideea înlocuirii responsabilităţii medicale cu sistemul asigurărilor bolnavului pentru incertitudinile medicinii şi lacunelor practicii medicale. S-a motivat acest lucru prin aceea că asigurările suprimă relativismul juridic, satisfac nevoia de securitate a bolnavului şi evită discreditarea medicului în faţa opiniei publice. Avînd în vedere dificultăţile exercitării medicinii sub

amenințare penală, s-a considerat că asigurarea ar fi în măsură să dea garanții atît medicului cît și bolnavului, în exercitarea actului medical. Consecințele imediate ar consta în faptul că medicul ar scăpa de procesele judiciare, iar bolnavul de riscurile practicii medicale.

„Medicina liberală" conferă unele avantaje, dar mai ales dezavantaje sistemului colectiv de asigurare împotriva riscului și erorii medicale. Avantajul ar fi că evoluției societății i-ar corespunde asigurarea unui drept la securitate și la susținerea unei valori sociale maxime care este sănătatea. Dezavantajele constau în depersonalizarea relației medic-bolnav (deși asigurarea exclude greșeala), atenuarea sentimentului de culpă și declinul responsabilității estompînd comportamentul profesional anticipativ și alunecînd spre o responsabilitate exclusiv obiectivă, de rezultat. Penneau a propus și un proiect de lege în acest sens, specific condițiilor de exercitare a medicinii liberale. În general, justiția burgheză conține numeroase spețe de incriminare într-o atmosferă de alunecare a responsabilității contractuale bazată pe mijloace spre o responsabilitate contractuală bazată pe rezultat. În felul acesta, ea înclină spre consacrarea unei responsabilități specifice tarifării în bani a tuturor situațiilor umane, inclusiv afective (ca, de exemplu, prejudiciul moral) din această societate. Astfel, este condamnat medicul care, de pildă, prescrie greșit o soluție de formol, farmacistul de spital care nu are formol, farmacistul de oraș care îl eliberează fără *sic volo*. Alte exemple se pot referi la incriminarea unui deces după o nefrectomie pentru nedeterminarea grupei sanguine, pentru neprevenirea necesității transfuziei, pentru lipsa anestezistului calificat, a defibrilatorului, ca și pentru subestimarea riscurilor operatorii. Toate aceste spețe relevă dificultățile practicii medicale în condiții private, în care, alături de dotare, medicina contractuală și doctrina judiciară duc la incriminarea nelimitată a prejudiciilor aduse bolnavului din vină sau în afara ei. Faptul explică reacțiile de opinie publică față de activitatea medicilor ce merg pînă la crearea unor comitete pentru neglijențele medicale, drept pavăză, evident ineficientă, împotriva unei situații de fapt inevitabile. Dacă la aceasta adăugăm și faptul că însești asigurările oferite drept soluție celor de mai sus amenință în mod grav devotamentul, prudența și curajul medicului și tind să excludă din relația medic-bolnav conștiința medicului, care reprezintă garanția principală a bolnavului, avem în față spectrul dificultăților și dilemelor în care se exercită medicina în această societate.

În socialism, sănătatea devenind un drept prescris oricui, și medicul un reprezentant al societății în domeniul ocrotirii ei, dreptul la sănătate se afirmă ca expresie a unei „ecologii medicale" și a intereselor societății în acest domeniu, relația medic-bolnav capătă un conținut nou, autentic uman, conform cu nevoile bolnavului și ale unei practici medicale eficiente.

Este de precizat că, în condițiile legilor noastre, exercitarea medicinii fără drept sau în alte condiții decît cele prevăzute de lege, se pedepsește. Dealtfel Decretul 212/1953 reglementează condițiile legale de exercitare sau pierdere a exercițiului medicinii. Deși unele prevederi ale acestui decret ni se par depășite, altele sînt încă valabile. Iată cîteva dintre acestea:

Art. 1 — Dreptul de a practica profesiunea de medic îl au, în Republica Socialistă România, persoanele care au obținut titlul de medic după distincțiile de la art. 2.

Art. 2 — Au dreptul la practica profesiunii de medic:

a) medicii care au absolvit o școală superioară de medicină și au obținut diploma pentru titlul de medic în țară;

b) medicii cărora li s-a echivalat în țară diploma pentru titlul de doctor în medicină sau medic obținută în alte state.

Actele care stabilesc dreptul la titlul de medic sînt diploma instituției medicale de învățămînt superior sau copia legalizată a acesteia.

Art. 3 — La intrarea lor în serviciu, medicii sînt obligați să prezinte administrației actele care stabilesc dreptul la titlul de medic. Cadrele care practică în prezent profesiunea de medic se vor înregistra la Secția sanitară respectivă, în termen de 3 luni de la apariția prezentului decret, potrivit prevederilor aliniatului precedent.

Art. 4 — În cazul cînd medicul nu prezintă nici unul din actele prevăzute de art. 2 sau în cazul cînd din cele prezentate nu rezultă în mod neîndoielnic dreptul la titlul de medic, Secția sanitară poate acorda celui în cauză un termen pentru aducerea actelor ce sînt necesare. Dacă acestea sînt prezentate în termenul acordat, stabilirea dreptului persoanei la titlul de medic este de competența Ministerului Sănătății.

Cînd cei interesați nu pot face dovada dreptului la titlul de medic, vor fi supuși unui stagiu de practică și unui examen de control, dacă fac dovada că au îndeplinit funcția de medic într-o unitate medicală de stat în ultimii 10 ani.

Art. 5 — Pot fi supuși executării unui stagiu de practică și unui examen de control medicii care nu au lucrat în profesiunea respectivă timp de 5 ani, dacă doresc a exercita din nou profesiunea de medic. De asemenea, pot fi supuși unui stagiu de practică sau unui examen de control medicii care au arătat prin rezultatele practicii în timpul activității lor cunoștințe cu totul neîndestulătoare. Secțiile sanitare vor semnala aceste cazuri ce vor fi anchetate de o comisie desemnată de Ministerul Sănătății.

Art. 6 — Condițiile examenului de control și durata stagiului de practică se stabilesc prin instrucțiuni de către Ministerul Sănătății de acord cu Ministerul Educației și Învățămîntului.

Art. 7 — Medicului supus la una din probele de mai sus și care dă dovadă manifestă de lipsuri de cunoștințe și de capacitate i se poate

retrage dreptul de practică a profesiunii de medic conform instrucţiunilor ce se vor elabora de către Ministerul Sănătăţii.

Art. 8 — Orice medic este obligat, în cazul cînd este nevoie de asistenţă medicală de urgenţă, să acorde primul ajutor medical în conformitate cu instrucţiunile M.S.

Art. 9 — Medicul este obligat să anunţe Secţia sanitară, în cel mult 24 de ore, de fiecare caz ivit în practica sa de boală contagioasă, otrăvire, crimă, leziuni corporale grave, sinucidere. Cazurile enumerate la ultimele 4 puncte vor fi anunţate, de asemenea în cel mult 24 de ore, procuraturii şi miliţiei. Toate cazurile de leziuni corporale trebuie înregistrate de către medic, cu toată precizia şi cu toate amănuntele posibile.

Art. 10 — Medicii au dreptul să elibereze certificate medicale despre starea sănătăţii bolnavilor consultaţi sau trataţi, precum şi despre naşteri şi decese. În certificatele eliberate, medicii trebuie să indice în mod precis data, locul eliberării şi scopul pentru care a fost eliberat certificatul respectiv. Certificatele se semnează de către cei ce le eliberează cu indicarea titlurilor complet şi cu aplicarea unei parafe nominale. În cazul cînd aceasta lipseşte, semnătura trebuie certificată de unitatea în care medicul este angajat. Aceste certificate sînt supuse taxei de timbru prevăzută de legile financiare.

Art. 11 — Reţetele prescrise de medici trebuie să fie semnate cu aplicarea unei parafe nominale.

Art. 12 — Medicii care sînt în serviciul statului şi care lucrează în condiţii deosebit de grele, de combatere a epidemiilor, precum şi familiile lor au dreptul în cazul îmbolnăvirii, pierderii capacităţii de muncă sau în cazul morţii în urma infecţiei provocată de această muncă, la un ajutor acordat pe baza unor instrucţiuni speciale ce vor fi întocmite de Ministerul Sănătăţii de comun acord cu Ministerul Finanţelor şi Consiliul Central al Sindicatelor, care se va plăti din bugetul asigurărilor sociale de stat.

Art. 13 — Medicii au dreptul de a ocupa funcţii de organizator de sănătate publică, funcţii sanitaro-antiepidemice cît şi orice alte funcţii de specialitate în reţeaua medico-sanitară, putînd efectua toate intervenţiile chirurgicale şi să aplice hipnoza, narcoza, anesteziile, vaccinările, serurile şi terapeutica medicamentoasă admisă pentru folosirea lor în practica medicală în cazurile indicate.

Art. 14 — Aplicarea hipnozei este permisă medicilor numai în instituţiile de stat curative sau ştiinţifice şi în cazuri excepţionale la domiciliul bolnavului în baza unei autorizaţii speciale scrise dată de Ministerul Sănătăţii, de comun acord cu Ministerul Justiţiei, autorizaţie ce se va elibera pe baza unor instrucţiuni speciale.

Art. 16 — Operaţiile chirurgicale se fac cu consimţămîntul bolnavilor, iar în ceea ce priveşte persoanele sub 18 ani sau alienate, cu consimţămîntul părinţilor sau persoanei în grija căreia se află.

Operaţia necesară şi urgentă pentru salvarea unei vieţi sau a unui organ important poate fi efectuată de un medic, după un consult cu cel puţin un alt medic, fără consimţămîntul persoanei în grija căreia se află minorul sau alienatul, dacă aceştia nu pot fi întrebaţi fără riscul unei întîrzieri şi fără consimţămîntul bolnavului, dacă acesta se găseşte în stare de inconştienţă. Dacă consultul este legat de riscul întîrzierii, medicul poate hotărî efectuarea operaţiei şi singur. Orice caz de acest fel trebuie să fie adus la cunoştinţa Secţiei sanitare în maximum 24 de ore.

Art. 17 — Nerespectarea prevăzută în decretul de faţă, atunci cînd constituie infracţiuni, se pedepseşte conform legilor penale.

Deşi medicina devine astăzi din ce în ce mai complexă şi dificilă, iar condiţiile sociale de exercitare a ei multiplică responsabilităţile medicului, numai în socialism responsabilitatea medicului se identifică în mod veridic cu actele lui şi se statuează în condiţii corecte.

În condiţiile societăţii socialiste, responsabilitatea raportată la greşeală constituie o necesitate atît pentru medic cît şi pentru societate. Incriminarea actelor profesionale pe baza greşelii este o achiziţie a societăţii civilizate, care, în conformitate cu noile relaţii sociale, este incompatibilă cu vreo incriminare după rezultat. În condiţiile umanismului socialist, de respect nelimitat pentru viaţa omului şi de susţinere a sa în efortul de a cîştiga cele mai înalte culmi de evoluţie social-umană, responsabilitatea medicului pentru orice viaţă constituie o victorie a acestei societăţi şi un stimulent incontestabil dat efortului medicului şi progresului medicinii.

Responsabilitatea medicului, consecutivă intenţiei de a face rău, nu intră în cadrul unei discuţii despre deontologia şi dreptul medical, deoarece, în aceste condiţii, medicul devine un criminal mai periculos decît criminalul de drept comun, iar activitatea sa, incompatibilă cu profesiunea medicală. În discuţia despre responsabilitatea medicului se include doar responsabilitatea bazată pe greşeală, care, corect statuată şi analizată, trebuie să constituie un impuls pentru perfecţionarea medicului, pentru o activitate din ce în ce mai utilă bolnavului, pentru progresul medicinii. Legile juridice nefiind altceva decît nişte legi morale dar care au o mai mare claritate şi pertinenţă, rezultă că medicul care va lucra cu conştiinţa morală a necesităţii împlinirii unei datorii profesionale, îşi va face singur profilaxia responsabilităţii sale juridice. Din aceste motive, medicul autentic este acel căruia nu-i este frică de responsabilitate, ci, dimpotrivă, şi-o asumă conştient.

În literatura juridică se discută dacă responsabilitatea medicului este o responsabilitate delictuală sau contractuală. În medicina liberală, în

care bolnavul alege medicul, responsabilitatea este predominant contractuală, față de medicina socialistă, în care ea este predominant delictuală. În condițiile noastre sociale, responsabilitatea medicului nu poate fi decît delictuală, aceasta datorită caracterului normativ al practicii medicale. În condițiile noastre sociale, viața nu face obiectul unui contract între părți cu caracter sinalagmatic, ci este o valoare susținută și garantată de întreaga societate, iar asigurarea sănătății nu mai este un fapt filantropic ci o preocupare socială și de stat. În virtutea caracterului social și de stat al practicării medicinii, ca și a faptului că medicul este un salariat al statului în acest domeniu, acesta va trebui să profeseze cu maximum de competență și conștiinciozitate, depunînd același interes față de orice om bolnav și în orice condiții.

În condițiile societății capitaliste, responsabilitatea medicului este în principal contractuală (specifică relațiilor sociale capitaliste) și în mod secundar, delictuală. Contractul medic-bolnav încheiat în condițiile practicii medicale private este prin excelență un contract de mijloace de garanții și diligență, asigurînd o activitate ce corespunde modelului de conduită cerut de circumstanțele stabilite. În baza lui, medicul este obligat să acorde îngrijiri atente, să fie conștiincios și să se folosească de datele actuale cîștigate ale științei. Prin efectele acestui contract sinalagmatic, cu obligații pentru ambii contractanți, medicul este dator așadar a îngriji bolnavul în condițiile stipulate de contract, iar bolnavul de a plăti medicului condițiile contractuale. Obligația de mijloace în cadrul unui atare contract pretinde din partea medicului o competență și o conștiinciozitate medie, o prudență și o diligență medie. Or, caracterul încă conjectural și de artă al actului medical, faptul că o stare biologică nu evoluează totdeauna în același sens, sau în sensul dorit de medic și bolnav și stipulat în contract, precum și faptul că în medicină este necesară o prudență maximă, în raport de circumstanțele de lucru și de specialitatea medicului, iar nu o prudență medie, face ca, în condițiile societății burgheze, acest contract de mijloace să alunece spre un contract de rezultat.

Tehnica judiciară întîlnește mari dificultăți în stabilirea culpei medicale în condițiile medicinii contractuale. O parte din doctrina judiciară susține includerea în culpa medicală a unor subculpe ce încalcă caracterul uman al actului medical, prudența comună, ca și prudența profesională, care implică o diligență deosebită. O altă parte din doctrina judiciară consideră că, culpa medicală nu poate fi raportată la un tip ideal de profesionist, de bun specialist, deoarece în acest caz s-ar face abstracție de realitatea fiecărui medic în parte. În atari dispute, se cere medicului cînd o prudență maximă, cînd o măsură elementară de prevedere, dar va fi totdeauna mai gravă greșeala medicului din ignoranță ori îndeosebi, din neglijență. Recunoașterea greșelii devine însă dificilă ca

metodă curentă de lucru, de unde sarcasmul afirmației că, avînd toată răspunderea, un medic te vindecă de toți ceilalți, și puși cap la cap nu ating lungimea unei concluzii (O. Wilde).

Responsabilitatea medicală fiind o responsabilitate bazată pe greșeală, problema principală este aceea a definirii greșelii medicale, a stabilirii conținutului său pentru a putea fi reținută ca o culpă judiciară. De la început trebuie precizat că prin cunoașterea veridică a conținutului greșelii medicale, ce se omologhează de regulă cu culpa medicală, prin delimitarea sa de cazul fortuit și forța majoră care rezultă din imprevizibilitatea și inevitabilitatea consecințelor unui act, ca și prin delimitarea sa de eroarea medicală, care implică faptul de a trage concluzii adecvate în raport de condițiile de lucru date, se are în vedere tocmai rolul progresist al oricărei jurisprudențe medicale, deontologice sau juridice, al oricărei incriminări judiciare de a susține efortul medicului și progresul medicinii.

Pentru incriminarea judiciară a unei fapte medicale se cere întrunită condiția existenței unui prejudiciu, făcut cu vinovăție și care se află într-o legătură de cauzalitate cu faptul medical. Prejudiciul se stabilește cu ajutorul expertizei medico-legale, iar vinovăția și legătura cauzală sînt deduse de către jurist, pe baza actelor tehnice medico-legale care atestă greșelile profesionale în speță.

O problemă practică de o deosebită însemnătate o constituie stabilirea criteriilor greșelii (culpei profesionale).

În concepția lui Planiol, culpa profesională este încălcarea unei obligații de diligență și prudență, de sîrguință, zel, promptitudine și competență a medicului. În concepția lui Mazeaud, culpa profesională constituie o lacună pe care un alt medic, în aceleași condiții și circumstanțe de lucru, nu ar fi făcut-o. În concepția lui Virchow, greșeala profesională este o încălcare a regulilor profesionale admise de toți prin neatenție, neglijență și imprudență. În concepția lui Dongoroz, culpa profesională nu este altceva decît o neprevedere urmată de prejudicii, deși în condițiile date, subiectul trebuia și putea să prevadă aceste prejudicii. În esență, în toate aceste viziuni greșeala este violarea conștientă a unei reguli de conduită.

Plecînd de la faptul că, în condițiile noastre sociale, apărarea vieții și sănătății implică competență, prudență și diligență maximă, noi considerăm greșeală tocmai încălcarea unei datorii de competență, prudență, devotament și atenție, în condițiile obiective de lucru care permiteau executarea acestora de către un medic. În acest fel, criteriul de raportare a greșelii medicale devine un criteriu obiectiv, și anume față de tipul ideal de comportament profesional cerut de condițiile sociale concrete de exercitare a medicinii. Așa cum succesele medicale trebuie să fie o permanentă aspirație a medicului pentru slujirea mai bună a bolnavului,

per a contrario, greşeala profesională trebuie „să beneficieze" tot de o judecată valorică, progresivă, activă faţă de obligaţiile medicului, ca fiind neîndeplinirea acestora. Concepută astfel, greşeala profesională specifică profesiunii medicale implică violarea unor reguli elementare umane şi are drept condiţii, caracterul său evident, posibilitatea de a fi fost evitabilă prin procedeele obişnuite sau cerute de prudenţa medicală, ca şi neimpunerea sa de vreo stare de necesitate, de urgenţă, forţă majoră, culpă a victimei sau culpă a unui terţ. În atari situaţii nu se vor întruni condiţiile culpei profesionale. Ori de cîte ori un prejudiciu rezultă din depăşirea competenţei medicului, dar nu se datorează incompetenţei lui, producîndu-se în condiţiile devotamentului cerut de practica medicală, ne vom afla în faţa unui eşec profesional şi nicidecum a unei culpe medicale. În felul acesta, responsabilitatea juridică şi cea morală a medicului se delimitează ştiinţific în mod corect şi util, fiind detaşată de ambiguităţi sau false acuzaţii. Acest lucru răspunde unei necesităţi şi realităţi medicale, după care responsabilitatea nu trebuie să fie niciodată o servitute pentru cei ce acţionează sub controlul conştiinţei (cum spunea P. Valery). De asemenea el răspunde unei necesităţi justiţiare care susţine libertatea individuală a medicului în interesul bolnavului, condamnînd chiar procedurile judiciare care încalcă libertatea individuală (de exemplu, narcoanaliza).

Conceptul şi conţinutul greşelii medicale, ca şi criteriile sale de delimitare şi apreciere, exprimă fidel conţinutul culpei judiciare ce rezultă din uşurinţa îndeplinirii obligaţiilor profesionale (culpa cu prevedere, după care subiectul a prevăzut dar a socotit uşuratic că prejudiciile nu se vor produce) sau din neglijenţa îndeplinirii lor (cînd subiectul nu a prevăzut, deşi trebuia şi putea să prevadă rezultatele negative). De asemenea, atît culpa medicală cît şi culpa sub aspect judiciar se apreciază după criterii obiective, şi anume capacitatea unui profesionist normal pregătit de a prevedea sau subiectiva prevederea în raport de condiţiile psihofizice. Pivotul culpei judiciare îl constituie deci prevederea care înfrînge o regulă profesională, în condiţiile libertăţii de alegere a medicului care „înfrînge grija raţional aşteptată" din partea unui profesionist. Rezultă că această prevedere poate fi împiedicată de condiţii obiective, cum ar fi gravitatea cazului sau condiţiile de lucru, cît şi de condiţii subiective, cum ar fi oboseala sau epuizarea medicului.

Trebuie menţionat că în aprecierea greşelii medicale nu orice prejudiciu presupune o greşeală, că nu întotdeauna ceea ce apare *post hoc*, este şi *ergo propter hoc*, şi că greşeala trebuie să fie o abatere de la o normă, de la condiţiile obiective şi subiective ale prevederii profesionale, o nedibăcie, o nebăgare de seamă, o temeritate sau o nerespectare a regulamentelor şi regulilor profesionale (o greşeală, de fapt, în conţinut, prin încălcare a regulilor profesionale, dar şi în formă, de judecată şi de logică).

Greşeala obiectivă se confundă adesea dar ea trebuie deosebită de eroare, care ţine de boală, bolnav sau de condiţiile de lucru, faţă de culpa profesională ca greşeală predominant subiectivă şi, deci, imputabilă, care vine de la medic şi deseori rezidă în ignoranţa, subaprecierea datelor clinice, supraevaluarea datelor de laborator, imprudenţă prin neconsultarea bolnavului, uşurinţă prin neatenţia faţă de executarea tehnică a actelor profesionale, neglijenţă şi nepăsare profesională.

Culpa medicală are mai multe forme. Consemnăm în primul rînd culpa *in agendo* sau comisivă, care constă într-o stîngăcie faţă de îndeplinirea obligaţiilor profesionale, imprudenţă, nepricepere, lipsă de cunoştinţe, nedibăcie, temeritate nejustificată de o necesitate, nepăsare faţă de cerinţele unei profesiuni şi faţă de riscurile la care expunem o persoană, folosirea inadecvată a condiţiilor de lucru şi cunoştinţelor profesionale, uşurinţa în actele medicale ce reclamă atenţia şi prudenţă deosebită etc. Culpa *in omitendo* se stabileşte după aceleaşi reguli ca şi culpa prin comisiune şi rezidă în pierderea de către bolnav a unei şanse de supravieţuire sau vindecare ori de cîte ori între omisiune şi conduita medicului este o legătură cauzală. Omisiunea ia deseori forma neglijenţei, nebăgării de seamă, indiferenţei etc. Culpa *in eligendo* rezidă, de regulă, într-o alegere greşită a procedurilor tehnice sau în delegarea obligaţiilor proprii unor alte persoane şi astfel încălcarea principiului că atribuţiile delegate nu se deleagă (*delegata potestas non delegatur*). Culpa *in vigilendo* rezidă în încălcarea unei datorii de confraternitate, prin solicitarea şi obligaţia de răspuns la un interconsult, prin solicitarea unui ajutor, a informării despre soarta bolnavului, ca şi în supravegherea adecvată şi corectă a subalternilor.

Culpa poate să fie, de asemenea, imediată, cînd între greşeală şi prejudiciu nu se interpune nici un factor cu caracter de condiţie sau nu mediază o terţă persoană.

Culpa poate să fie *lata* (gravă), *levis* (culpa medie a unui om obligat la o prevedere medie) sau *levissima* (a unui om obligat la o prevedere excepţională).

În sfîrşit culpa poate să se datorească unei ignoranţe (nepriceperi) prin necunoaşterea profesiunii, unei lipse de informare a medicului despre starea bolnavului, care, în urgenţe, merge pînă la a constitui „o ofensă criminală". Culpa se poate datora apoi neglijenţei (indiferenţei, nepăsării) în aplicarea unei metode diagnostice sau în consultarea clinică a bolnavului, în explorarea sa etc. Culpa prin nedibăcie, prin inabilitate se datoreşte lipsei cunoştinţelor şi experienţei, iar culpa prin imprudenţă — încălcării unor reguli profesionale îndeobşte acceptate ca valabile (*mal practice law, mal practice syndrome*).

Rezultă, din cele de mai sus, că greşeala sau culpa medicală, indiferent de forma ei, exprimă privarea bolnavului de „îngrijiri competente,

conştiente, atente şi conforme datelor actuale ale ştiinţei", iar aprecierea ei se face în raport de calificarea medicului, de mijloacele şi condiţiile sale de lucru, ori de cîte ori fapta se face sistematic, se face dintr-un interes contrar medicului, are urmări nefavorabile pentru bolnav, trebuia şi putea să fie prevăzută şi au lipsit precauţiile necesare diminuării riscurilor. Culpa medicală se raportează deci la atitudinea profesională normală a unui medic în atari situaţii. Cu alte cuvinte, un alt medic, în aceleaşi condiţii de lucru, nu ar fi comis greşeala, orice profesionist rezonabil, în împrejurări similare şi acţionînd conform standardelor şi normelor profesionale obişnuite nu ar fi produs acel prejudiciu.

Sub raport juridic, culpa va întruni două condiţii, şi anume capacitatea subiectului de a răspunde de prejudiciul creat şi faptul de a fi acţionat liber, înţelegînd, voind şi dîndu-şi seama de semnificaţia negativă a actelor sale. În acest mod, culpa se deosebeşte de intenţia care implică prevederea şi dorinţa unor rezultate negative.

Culpa trebuie deosebită şi de forţa majoră, cazul fortuit sau constrîngere, care exclud posibilităţile normale de prevedere şi înlătură răspunderea celui în cauză. Culpa trebuie deosebită şi de risc, care are drept condiţie existenţa unei întîmplări neprevăzute, inevitabile, care se poate produce în timpul unei activităţi perfecte sau care nu depinde de metodele folosite. De exemplu, o paraplegie, care apare după o injecţie cu penicilină.

Culpa medicală trebuie deosebită, de asemenea, de eroare, care, ca o cunoaştere falsă ce se reproduce totdeauna în aceleaşi condiţii, poate avea cauze obiective sau subiective, cum ar fi dificultăţile bolii, carenţa informaţională.

Greşeala este de domeniul conştiinţei, fiind cel mai frecvent o neglijenţă, faţă de eroare, care e de domeniul cunoaşterii, fiind un eşec imprevizibil în condiţii normale de lucru. Este drept că între ele există deseori o relaţie, ceea ce face limitele dintre ele fragile, dar datoria eticii este de a explora rolul lor euristic într-un context social-juridic concret (Lombard spunea că unele erori sînt mai valoroase în implicaţii decît alte rezultate corecte.). Este evident că în caz de nepricepere, neglijenţă, îndoială etc., fiind vorba de încălcarea normelor profesionale (eroare de normă), eroarea de fapt se va exclude şi vom fi în prezenţa unei greşeli. Aşa, de exemplu, în greşelile de diagnostic care antrenează greşeli de atitudine terapeutică se invocă lipsa de experienţă a medicului, anamneză incompletă, omisiunea examinărilor de rutină, evaluarea inexactă a rezultatelor clinice şi de laborator, omisiunea examenelor de laborator, observarea insuficientă a evoluţiei etc. Este evident că neefectuarea unei explorări constituie o greşeală, dar dacă explorarea a fost efectuată şi, cu toate acestea, diagnosticul nu a putut fi stabilit, vom fi în prezenţa unei

erori. Va fi o greşeală lacuna de diagnostic sistematică, cu urmări în prejudicii ce trebuiau şi puteau fi prevăzute, şi va fi o eroare ori de cîte ori se exclude reprezentarea consecinţelor şi prevederea lor. Va fi o greşeală ori de cîte ori prejudiciul, în condiţiile activităţii unui alt medic competent, prudent şi diligent, nu s-ar fi produs, şi va fi o eroare ori de cîte ori, în condiţii similare de prudenţă, competenţă şi diligenţă ale unui alt medic, prejudiciul s-ar fi produs. Aşadar, eroarea este un eşec imprevizibil şi irezistibil al unui comportament normal, un fapt imprevizibil ce survine într-un context normal de diligenţă. Greşeala este încălcarea unei obligaţii de atenţie şi prudenţă (a nu fi făcut ceea ce trebuia făcut), deci o neglijenţă sau o uşurinţă, totdeauna în domeniul conştiinţei juridice. Ea este deci o deviere de conduită, pe care altcineva nu ar fi efectuat-o.

CULPA PROFESIONALĂ PRIN NEPREGĂTIRE
(ignoranţă, incompetenţă)

În medicină se admite că ignoranţa echivalează cu neonestitatea profesională, că pentru medic ignoranţa şi necinstea au aceeaşi gravitate. Se admite, de asemenea, că ignoranţa este o greşeală fundamentală a medicului, mai ales în situaţii de urgenţă, cînd poate fi fatală pentru bolnav şi devine criminală. Încă din cele mai vechi timupri, medicului i se aplicau pedepse capitale dacă pierdea bolnavul prin nepregătire. Astăzi, în condiţiile avalanşei şi bombardamentului informaţional modern, competenţa medicului devine o servitute, nu însă imposibil de înlăturat în esenţa ei. Apoi, într-o medicină socială, competenţa medicului devine un drept al bolnavului, un drept al maselor. Astăzi nu mai este valabilă afirmaţia cunoscută că medicul poate greşi din ignoranţă, dar că nu are voie să greşească din neglijenţă. Pentru ca în orice cazuri dificile, de limită sau de îndoială, medicul să poată încerca tot ce poate ca om şi ca profesionist în interesul bolnavului, pentru ca, în incertitudinea medicală să caute şi să găsească o cale spre adevăr, el trebuie să fie în primul rînd competent, şi de aceea învăţămîntul permanent şi perfecţionarea au devenit o necesitate obiectivă, o obligaţie legală. Competenţa deplină condiţionează comportarea utilă bolnavului. Îndoiala rezonabilă (*reasonable doubt*) devine o normă de conduită diagnostică numai la cei competenţi, după cum îndoiala trebuie să cedeze deciziei competente în situaţia atitudinii terapeutice. Îndoiala, ca propedeutică a cunoaşterii, cum spunea Descartes, implică competenţa prealabilă, dar mai ales constituie un impuls spre competenţă. În condiţiile competenţei se exclud din judecata despre culpă neşansa, neplăcerea, întîmplarea sau eşecul, lipsa de remarci sau subestimarea aparentă. Numai prin competenţă me-

dicul va reuşi să străbată luminos teritoriul greu dintre universul invizibil al conştiinţei şi al deciziei sale ultime şi universul vizibil al normelor şi legilor.

Inacţiunea prin incompetenţă îmbracă de regulă trei aspecte, şi anume: neîndeplinirea unei obligaţii prevăzute de lege, omiterea de a lua măsuri de precauţie cerute de normele profesionale şi de o prudenţă elementară şi neexecutarea unei obligaţii profesionale. Cum eşecul nu înseamnă întotdeauna incompetenţă ci caz nefericit, rezultă că se vor pedepsi numai ignoranţa, inabilitatea şi nepriceperea, abaterea de la regulile profesionale îndeobşte acceptate (*non intelligit quod omnes intelligunt*).

CULPA PROFESIONALĂ PRIN NEPREVEDERE (imprudenţă)

Pentru ca medicul să se înşele cît mai puţin în practica medicală, pentru a putea evita erorile, cît şi unele complicaţii ale bolilor, el trebuie să dea dovadă în mod permanent de prudenţă şi discernămînt, pentru a nu fi considerat un vrăjitor sau a crede că poate orice şi oricînd, că poate totul. Ceea ce îndeobşte se numeşte fler al situaţiilor dificile, al anticipării lor, nu este altceva decît un simţ adecvat al faptelor exacte, bazat pe competenţă şi prudenţă, un simţ al perseverenţei, observaţiei, atenţiei şi prevederii, al conştiinţei datoriei sociale şi profesionale. Euripide spunea că prevederea este adevărul curaj, referindu-se la rolul şi importanţa prudenţei omului în activitatea sa. Faptul este confirmat de practica medicală, în care, la o greşeală prin ignoranţă se întîlnesc aproximativ zece greşeli prin imprudenţă. Opusul prudenţei şi prevederii este temeritatea profesională, care, în medicină, nu poate fi justificată decît de o stare de necesitate. Neprevederea, incapacitatea rezonabilă de a prevedea (*reasonable skill*) constituie o formă simplă a culpei profesionale, care implică încălcarea capacităţii medii normale de prevedere a profesionistului, precum şi posibilitatea concretă pe care o avea în raport de specialitate şi experienţa sa de a prevedea. Dimpotrivă, imposibilitatea oricărei prevederi echivalează cu un caz fortuit, ca şi imprevizibilitatea unor riscuri inerente medicinii, care apar în cazuri nefericite sau nenorocite (*loss of luck*).

Prevederea profesională normală implică capacitatea medie a oricărui profesionist de a lua măsuri adecvate unei situaţii oarecare, de a lua aceleaşi măsuri în condiţii de lucru şi situaţii identice, în raport de posibilităţile concrete de prevedere proprie a specialităţii şi experienţei sale.

Cerinţele de prevedere medicală medie sau maximă, în condiţiile cărora persistă totuşi unele riscuri pentru bolnav şi medic, vor trebui raportate la situaţia concretă privind pregătirea şi specialitatea medicului. Prevederea profesională poate fi limitată atît de condiţiile obiective (de exemplu, gravitatea cazului), cît şi de cele subiective (de exemplu, oboseala medicului, inteligenţa sau înţelepciunea sa), care nu trebuie să aducă o prudenţă excesivă, un scepticism paralizant. Mai ales în condiţiile practicii medicale actuale, în care riscurile grevează uneori copleşitor practica medicală, medicul trebuie să fie prudent atît cu actele sale (prin cîntărirea adecvată a raporturilor dintre riscul intervenţiei şi riscul abţinerii), cît şi cu consecinţele atitudinilor sale de comportament profesional (greşelile rezultate din delegarea şi încredinţarea atribuţiilor sale, din neefectuarea unor examene ce ar fi permis un diagnostic, din omisiunea de a da ajutor unei persoane în pericol, din pierderea unei şanse de către bolnav printr-o greşeală de diagnostic sau tratament, din mînuirea inadecvată a secretului medical etc.).

Condiţiile de imputabilitate a neprevederii au mers atît de departe încît cineva a putut fi condamnat de două ori, deoarece, o dată nu a prevenit bolnavul despre unele riscuri, iar a doua oară, cînd l-a prevenit, a făcut-o în mod brutal, arătîndu-i bolnavului şansele reale, aşa încît acesta s-a sinucis.

CULPA PROFESIONALĂ PRIN NEGLIJENŢĂ

Neglijenţa în îndeplinirea obligaţiilor profesionale are frecvent o exprimare judiciară, la o greşeală prin ignoranţă invocîndu-se aproximativ zece greşeli prin neglijenţă, în forma grabei, superficialităţii, îndeplinirii neconştiincioase a obligaţiilor, neefectuării unei anamneze corecte, a unor explorări complimentare, nesupravegherii subalternilor, lipsei de preocupare pentru condiţiile de lucru, pentru asepsie şi antisepsie etc. Dacă unele forme de incompetenţă sînt un fel de vamă inevitabilă, un fel de tribut pe care medicul îl plăteşte posibilităţilor sale limitate de a cunoaşte totul la un moment dat, mai ales în condiţiile avalanşei informaţionale de astăzi, neglijenţa nu are nici o scuză şi poate fi total înlăturată din practica profesională. Se admite că este mai acceptabil ca medicul să greşească prin exces decît prin omisiune, pentru că, de regulă, existenţa şi interesul crescut faţă de datoriile profesionale nu duc la greşeală, ci, dimpotrivă, apără de ea.

După regula lui McNair, criteriul de apreciere a neglijenţei profesionale rezidă în faptul că medicul care a acţionat în conformitate cu practica medicală de la un moment dat şi care a dat dovadă de sîrguinţă rezonabilă în împrejurările date, nu va fi vinovat de faptul că alţii, în împrejurări similare, au adoptat o altă conduită.

CULPA PROFESIONALĂ PRIN UȘURINȚĂ

În condițiile practicii medicale, medicul trebuie să prevadă permanent efectele favorabile și nefavorabile ale actelor sale și să ia măsuri pentru facilitarea primelor și evitarea celor din urmă. Ori de cîte ori medicul va prevedea rezultatele nefavorabile ale activității sale și nu va lua măsuri crezînd sau sperînd că ele nu se vor produce, el va comite o greșeală, pentru că ulterior se poate produce un prejudiciu. Frecvent, ușurința profesională rezidă în neexaminarea clinică completă a bolnavului, în ignorarea riscurilor la care poate fi expus bolnavul, în neefectuarea examenelor adecvate pentru a recunoaște un traumatism craniocerebral, în efectuarea unor injecții sau proceduri greșite și inadecvate, în imobilizarea inadecvată a unor fracturi, în pierderea, de exemplu, a auzului la copil prin tratarea mamei cu streptomicină etc.

Din expunerea formelor culpei profesionale rezultă faptul că, cu excepția stărilor de necesitate în care medicul este exonerat de responsabilitate (de exemplu, de a nu fi făcut o radiografie sau de a fi lucrat fără un instrumentar adecvat datorită lipsei de timp și pericolului vital), medicul își asumă întotdeauna responsabilitatea între limitele situațiilor în care greșeala prezumă vinovăția, deoarece rezultatul vorbește de la sine (*res ipsa loquitur, the thing speaks for it self*) ca de exemplu uitarea de meșe sau instrumente în cavități, în efectuarea de acte terapeutice în stare de ebrietate, în arsuri terapeutice etc. — situații în care culpa sa, deși fragilă, își găsește criterii de apreciere și delimitare de riscul previzibil sau imprevizibil, de eroarea de normă sau de eroarea de fapt etc. Între aceste limite, medicul va greși dacă va încălca obligațiile sale profesionale, putînd fi deci culpabil dacă s-au produs prejudicii. Tratarea unui bolnav fără a-l consulta, intervenția chirurgicală fără avizul necesar, al unui alt specialist, ținerea unui bolnav mai mult decît îl poate ajuta (ambiție culpabilă) etc., constituie exemple de greșeli frecvente, urmate de prejudicii în practica medicală.

S-au incriminat astfel, sub imperiul culpei medicale, situații ce au produs prejudicii ca lipsa unui examen general prealabil, observarea insuficientă și intervenția prematură, uitarea de comprese în abdomen, cînd nici o dificultate nu a intervenit, depășirea competenței, nesupravegherea postoperatorie, administrarea eronată de medicamente, producerea de paralizii după injecții greșite, imobilizarea incorectă, efectuarea de intervenții neurgente fără consimțămînt, internarea psihiatrică nejustificată, lipsa diagnosticului sau diagnosticul greșit, neintervenția în caz imperios sau intervenția greșită, neefectuarea investigațiilor de laborator, sterilizarea insuficientă, administrarea de medicamente contraindicate, aplicarea de inovații insuficient experimentate etc.

Desigur că ar fi caduc și inadecvat un „catalog al greșelilor medicale", dar totdeauna, într-o greșeală medicală se va însuma o abatere a medicului de la îndatoririle sale de cetățean (ca atunci cînd lucrează în stare de ebrietate, primește mită sau comite un viol) cu o abatere de la disciplină (ca atunci cînd bruschează, este lipsit de solicitudine sau se transformă într-un dispecer), cu o abatere de la obligațiile deontologice (ca atunci cînd condiționează actul medical, creează adversități între colegi, urmărește avantaje materiale, își pierde autoritatea și face compromisuri sau nu supraveghează subalternii), cu o abatere de ordin juridic (ca atunci cînd își depășește competența, dă dovadă de incompetență, imprudență, neglijență, comite infracțiuni ca avort, vătămări corporale etc.).

În baza criteriilor statuate, se stabilesc puncte de vedere univoce asupra unor lacune profesionale. Discutarea lor nu trebuie să demoralizeze oricît ar fi de penibile, ci trebuie să reprezinte o tendință firească, de explorat creator, euristic, într-un „tratat de îndatoriri profesionale".

Cauzele acestor lacune rezidă în primul rînd în situații de neglijență în care medicul nu a prevăzut toate urmările negative ale actului său, deși, în condițiile concrete de lucru, exista această posibilitate. În al doilea rînd, ele se datorează ușurinței cu care sînt efectuate diferitele gesturi profesionale (în urgențe, stabilirea diagnosticului, efectuarea tratamentului etc.).

Concret, cauzele lacunelor medicale invocate constau în:

— greșita imagine formată în sînul populației despre posibilitățile medicinii la un moment dat;

— lipsuri instructive care determină fuga de răspundere (teama de o manevră oarecare, neefectuată în facultate, mai ales la începători);

— lipsa conștiinciozității față de îndeplinirea anumitor acte profesionale;

— lipsa de atenție față de conținutul social-uman al relației medic-bolnav, care determină nemulțumiri din partea bolnavului;

— unele trăsături de caracter care generează nemulțumiri și reclamații printre care atitudinile egocentrice, de descurajare sau scepticism față de posibilitățile medicinii, de indiferență sau umilință etc.;

— neutralizarea resurselor de ajutor colectiv, de informare reciprocă ce duc la depășirea competenței, la „formarea mîinii" pe seama bolnavului, la adversități care se răsfrîng asupra interesului bolnavului;

— ignorarea rolului și exigenței maselor față de activitatea medicală;

— nediscutarea concretă a unor lacune, în spirit critic și autocritic, ca o adevărată propedeutică de înlăturare a lor;

— neînțelegerea îmbinării adecvate a unor măsuri de influențare negativă cu cele de influențare coercitivă etc.

Este de menționat că toate aceste lacune moral-caracteriale se reflectă de o manieră mai mult sau mai puțin gravă în activitatea sanitară și în

asistența bolnavului, ducînd la incriminări de natură variată: morală, disciplinară, administrativă sau judiciară.

Din aceste situații s-au decantat, în primul rînd, o serie de insuccese și eșecuri medicale în care prejudiciul datorat bolii sau complicațiilor sale nu a putut fi stăpînit în mod adecvat de către medic. În același timp, unele pretinse lacune s-au dovedit a fi reclamații injuste în condițiile de lucru date, medicul depunînd tot efortul cerut rezolvării situației dar fiind depășit în posibilitățile sale.

La celălalt pol s-au situat cazurile neîndoielnice de incriminare profesională, în care, încălcarea normelor de comportament profesional sau chiar a prevederilor legale a fost evidentă.

La limita dintre aceste situații s-au plasat cazurile de incriminare îndoielnică, în care, criteriile de diagnostic diferențial medico-legal între o eroare de fapt și o greșeală, între un risc previzibil și altul imprevizibil etc. au fost fragile și dificil de avizat.

De menționat că din multitudinea nemulțumirilor față de activitatea medico-sanitară, aproximativ 30% din reclamații se dovedesc a fi verosimile, iar din acestea, aproximativ 5—10% întrunesc condițiile incriminării judiciare.

Reglementarea juridică a practicii medicale prevede că intră sub incidența legii orice acțiuni sau inacțiuni medicale socialmente periculoase îndreptate împotriva relațiilor sociale ce reglementează, prin mijloace legale, ocrotirea sănătății publice.

Puține incriminări s-au datorat intenției de a face un act antisocial prin intermediul profesiunii medicale. Caracterul pernicios al unor astfel de acte a dus la constatarea miniștrilor Sănătății de la Varșovia din 1957, după care, prejudiciile din domeniul sănătății nu pot fi înlocuite iar greșeala celui ce mînuiește bisturiul sau medicamentul, care nu pot face obiectul unui apel sau recurs, este totdeauna mult mai gravă.

Majoritatea incriminărilor se fac însă, pentru acte comise din culpă, pentru prejudicii datorate culpei. Cum s-a spus, îngrijirea bolnavului implică obligații de ordin moral, tehnic și legal, al căror pivot este competența, prudența și diligența profesională. Cel mai frecvent, natura unei greșeli, în practica medicală, este tocmai încălcarea unei obligații de competență, prudență și diligență, care confirmă faptul că viața și sănătatea nu trebuie privite numai ca o relație biologică ci mai ales ca o relație socială. Fie că este vorba de o omisiune culpabilă prin nepricepere, nedibăcie, imprudență sau temeritate, fie că este vorba de o omisiune culpabilă prin neglijență, nebăgare de seamă sau indiferență, în toate cazurile incriminate, responsabilitatea morală s-a identificat cu cea juridică. Dacă s-ar fi respectat condițiile deontologice de lucru, acestea aveau calitatea de a face, în mod cert, profilaxia responsabilității juridice.

S-a văzut că medicul nu poate fi incriminat pentru activitatea sa în stare de necesitate, cînd, consecutiv înlăturării unui pericol ce amenință viața, s-au produs prejudicii mai mici decît pericolul preîntîmpinat. Pe de altă parte, statuarea științifică a criteriilor de apreciere a culpei profesionale, urmărește conjugarea medicului cu responsabilitățile sale în orice act medical și nicidecum fuga de răspundere, urmărește îndrăzneala licită, utilă bolnavului și promptitudinea intervenției și nicidecum frînarea inițiativei utile bolnavului.

Unitatea dintre conceptul juridic și cel moral al responsabilității medicale rezidă în conținutul nou al practicii medicale din care au dispărut servituțile și discriminările, rezidă în gratuitatea sa și în colaborarea și întrajutorarea reciprocă ce au înlocuit munca solitară a medicului cu munca colectivelor de medici. Această unitate este consecința faptului că odată cu creșterea nivelului material și cultural al maselor, crește și exigența față de propria lor sănătate și față de cei ce asigură realizarea dreptului la sănătate. În acest mod, responsabilitatea medicală capătă un conținut politic, moral și juridic, fapt ce dă o încărcătură deosebită de conștiință profesională actelor sale.

Într-o analiză dinamică și de structură a cazurilor de responsabilitate medicală prezentate în fața unei comisii de avizare pe o perioadă de 10 ani și dintr-un teritoriu delimitat, rezultă că, din cele 400 de cazuri, aproximativ jumătate au fost reținute ca ridicînd probleme de responsabilitate morală sau juridică și din acestea aproximativ 70 se refereau la probleme de responsabilitate a cadrelor medii.

În raport cu domeniul de lucru, în 35 de cazuri s-au angajat răspunderi în domeniul muncii profilactice, în 90 de cazuri în probleme de avort, în 75 de cazuri în asistența la naștere, în 35 de cazuri în domeniul traumatismelor craniocerebrale, în 50 de cazuri a urgențelor medicale, în 14 cazuri în domeniul anesteziei, în 25 de cazuri al pediatriei, în 40 de cazuri în domeniul diagnosticului și tratamentului în medicina internă și în 20 de cazuri în munca medicului expert.

Din totalitatea cazurilor, 140 s-au întîmplat în unități din mediul rural iar în 25 de cazuri a fost vorba de situații nefericite în care activitatea medicului, în afara oricărei incriminări, s-a produs în stare de necesitate.

În ceea ce privește originea obiectivă sau subiectivă a acestor greșeli, se remarcă faptul că în 25 de cazuri s-a incriminat lipsa de răspuns la chemările urgente, în 25 de cazuri ușurința sau neglijența de tratament, în 60 de cazuri lipsuri în instruirea profesională ce au condiționat deficiențe medicale, în 45 de cazuri neepuizarea mijloacelor de diagnostic ce permiteau stabilirea sa, în 28 de cazuri lipsa diagnosticului urmată de terapii greșite, în 41 de cazuri diagnostice greșite, în 56 de cazuri neepuizarea mijloacelor terapeutice care ar fi putut salva viața și în 57

de cazuri depăşirea competenţei profesionale, atît prin nivelul de pregătire, cît şi prin condiţiile de lucru ale medicului.

În domeniul chirurgiei s-au incriminat atitudini greşite ce au constat în suturarea unor plăgi penetrante şi nedecelarea leziunii organelor cavitare, urmate de peritonită, lipsa de intervenţie în hematoame extradurale, fracturi tratate incorect şi urmate de gangrene, apendicectomii cu peritonită nedecelată şi fără drenarea cavităţii, plăgi penetrante craniene suturate şi complicate cu abcese cerebrale, fără tratament corespunzător, ligaturi şi secţiuni de uretere în intervenţii pe micul bazin, amigdalectomii în cadrul leucemiilor fără explorări prealabile, hemicolectomii şi rezecţii gastrice, fără condiţii de lucru, accidente post-transfuzionale după transfuzii neindicate, plăgi venoase nediagnosticate şi pansate, broşe introduse în articulaţii etc.

În domeniul medicinii interne s-au întîlnit drept jurisprudenţă medicală cazuri de colici eronat diagnosticate şi tratate cu o mixtură de şase medicamente sedative şi anestezice, confuzii între ulcerul gastric şi infarctul de miocard, între icterele toxice şi cele epidemice, între uremie şi abdomenul acut, între septicemie şi reumatism, administrări de medicamente contraindicate în ulcer, în afecţiuni alergice etc., precum şi nesupravegherea subalternilor, consecutiv căreia s-au administrat medicamente de uz veterinar (de exemplu, stricnină) sau total contraindicate.

În domeniul obstetricii s-au relevat cazuri de septicemie prin asistenţă incorectă la naştere, neefectuarea de decolări de placentă, anurii *post-abortum* prin neglijarea etiologiei lor etc.

În domeniul profilaxiei s-au remarcat accidente prin nerespectarea contraindicaţiilor vaccinului, lipsa controlului obligatoriu, consecutiv cărora erau angajate în unităţi alimentare persoane cu tuberculoză policavitară etc.

În toate aceste cazuri, responsabilitatea a fost extracontractuală, derivată din lege şi din normativele profesionale şi în absenţa oricărei convenţii între părţi. În toate cazurile s-au produs prejudicii ale dreptului persoanelor la sănătate şi integritate corporală, excepţional din intenţie (violarea secretului profesional, refuz de serviciu legalmente datorat, avort ilegal) dar frecvent din culpă. Astfel, un medic care execută o amigdalectomie, deşi la primele infiltraţii de novocaină copilul reacţionează anormal printr-o stare colapsoidă ce determină pe părinţi la amînarea intervenţiei, neprevăzînd o reacţie de intoleranţă la novocaină, continuă anestezia şi copilul decedează. A fost o uşurinţă şi o depăşire a competenţei, efectuarea unor intervenţii în condiţii inadecvate, urmată de exitus (rezolvarea unui meningocel în condiţii de circumscripţie, a unor tiroidectomii în condiţii de policlinică, a unor intervenţii mari de tipul hemicolectomiilor, rezecţiilor gastrice sau intervenţiilor de tip Wertheim în condiţii de spital rural). Cu ocazia a două decese posttransfu-

zionale s-a constatat că indicaţia lor a fost pentru nevroză astenică cu reumatism cronic şi insuficienţă cardiacă globală, deşi cu cîteva zile înainte se observaseră fenomene de intoleranţă la sîngele de grup 0. S-a constatat o conservare necorespunzătoare a sîngelui, o sterilizare defectuoasă a materialului pentru transfuzie, nerespectarea contraindicaţiilor ca şi lipsa de supraveghere a efectuării transfuziei.

În unele cazuri a fost vorba de neglijarea rolului unor examinări preoperatorii în stabilirea diagnosticului şi a indicaţiei terapeutice. Într-un caz, cu diagnosticul de torsiune de mare epiploon, stabilit la internarea în spital, se intervine fără diagnostic preoperator şi se execută o hemicolectomie, fără ca să rezulte de undeva indicaţia intervenţiei. Insuficienţa renală acută postoperatorie nu a putut fi stăpînită, datorită lipsei mijloacelor de laborator, iar bolnava nu a fost expediată pentru a beneficia de tratamentul adecvat. Cu indicaţia „unei metropatii hemoragice", în condiţii improprii, se execută un chiuretaj urmat la o lună de exitus prin peritonită cu punct de plecare într-o anexită cronică bilaterală şi în afara oricărei sarcini.

Lipsa explorărilor utile s-a remarcat şi în cazul internării de către policlinică a unei bolnave cu artrită traumatică, cu reumatism acut de către spital şi cu meningită purulentă drept cauză de deces, în timp ce femeia prezenta hepatonefroză postabortivă cu metroragii în tot timpul spitalizării. Confuziile, prin lipsă de examinare, între hepatonefrozele postabortive şi hepatitele acute sînt dealtfel frecvente.

Uşurinţa sau incompetenţa în stabilirea diagnosticului s-au reliefat de asemenea în cazuri ce au adus prejudicii bolnavului. Un bolnav operat de varicocel şi care acuză dureri postoperatorii în gambă, este tratat 10 zile cu antireumatice, pentru ca un specialist să pună diagnosticul de flebită a venelor profunde şi în afara posibilităţilor de tratament, deoarece tromboza, cuprinzînd cava inferioară, a dus la amputarea ambelor membre şi exitus. Cu ocazia a două decese printr-o infecţie puerperală într-o casă de naştere, s-a constatat tratarea insuficientă cu antibiotice, netransferarea la timp într-o unitate dotată precum şi faptul că personalul ce a asistat la naştere făcea teren în plină epidemie de scarlatină. Un medic chemat de urgenţă la un bolnav cu plagă inghinală, se mulţumeşte cu un pansament compresiv pentru ca bolnavul să se exsanguineze prin plagă a venei femurale. Într-un alt caz, medicul lasă femeia cu hemoragie prin nedecolarea placentei în grija personalului mediu, pleacă în control la unităţile alimentare şi femeia decedează. O lipsă de prevedere a riscurilor pentru bolnav este şi situaţia în care o bolnavă cu retenţie de placentă este trimisă la 40 km fără a se încerca decolarea şi la care autopsia constată că placenta era foarte uşor decolabilă.

Responsabilitatea s-a asumat și pentru greșeli de depășire a competenței medicului în raport cu condițiile sale de lucru. Astfel un copil căzut cu capul într-un cui este pansat 4 zile la domiciliu, internat apoi cu tetanos prin neefectuarea profilaxiei antitetanice, dar decedează în realitate prin abces cerebral după o plagă penetrantă. Unui alt bolnav tratat ambulator pentru o plagă tăiată și care la 4 zile face o colecție subtegumentară deschisă în policlinică, în ziua a 7-a i se refuză consultul neurologic deoarece nu s-a prezentat în timpul orelor de consultație, pentru ca să decedeze prin abces cerebral consecutiv fracturii de boltă iradiată la bază. Într-un alt caz similar, un bolnav este tratat 14 zile în spital pentru contuzii ale pielii capului, deși prezenta epistaxis, pentru ca să se reinterneze la 20 de zile cu otită supurată iar la o lună să decedeze în comă prin abces cerebral consecutiv unei fracturi de bază de craniu.

În obstetrică s-au întîlnit cazuri de neglijență prin neluarea în evidență a gravidelor urmată de deces prin eclampsie sau de decese la naștere fără asistență medicală sau control prenatal ce nu mai pot fi categoric justificate în condițiile asistenței medicale de astăzi.

Unele cazuri de responsabilitate s-au datorat lipsei unei evaluări adecvate a riscurilor medicale: tentativa de întrerupere a unei sarcini prin puncție amniotică urmată de exitus prin embolie amniotică ca risc previzibil neglijat, efectuarea unor avorturi și tratamentul la domiciliu al complicațiilor apărute, susceptibile la efecte letale etc.

Culpe prin nepregătire, imprudență sau neglijență se pot întîlni și în activitatea de laborator ca în cazul unei glicemii incorect făcute, femeia murind în comă diabetică după tratament cu glucoză.

Multiple greșeli medicale pleacă de la necunoașterea precisă a tehnicilor medicale soldate cu prejudicii pentru bolnav: paralizii de cubital prin injecții intravenoase greșite, ischemii acute de membru prin injectarea substanței în arteră în loc de venă, paraplegii după rahianestezii sau infiltrații lombare, secțiuni de uretere în cezariene sau histerectomii, administrare de ClK 10% în loc de glucoză la o epilepsie luată drept intoxicație cu paration, administrarea a 8 fiole de atropină urmată de exitus prin intoxicație cu atropină (tegumente uscate, halucinații, tahicardie, midriază și anurie) la un copil cu bronhopneumonie confundată cu o intoxicație cu paration, infiltrație intrarahidiană cu novocaină și cortizon urmată de paraplegie și sindrom de coadă de cal etc. În necunoașterea corectă a cazului a constat uneori și depășirea competenței ca în cazul unui pacient cu ruptură de duoden și stare de ebrietate, reținut 11 ore fără diagnostic și decedat prin peritonită sau ca în cazul unui avort delictual prin chiuretaj de sarcină extrauterină etc.

În literatura de specialitate s-au citat, de asemenea, numeroase cazuri de responsabilitate cum ar fi intervenții pentru chist ovarian fără reacții de sarcină, în realitate fiind vorba de sarcină, pentru fracturi de humerus dar asociate cu luxații și pentru care nu s-au făcut radiografii, pentru fractură de braț dar prin neexaminarea bolnavului nu s-a observat că acesta are și luxație de șold, pentru neepuizarea mijloacelor de investigație avute la dispoziție, pentru neefectuarea examenelor complementare, pentru neîndemînare în efectuarea intervențiilor, pentru tratarea ulcerului cu cortizon sau pentru intoxicarea unui nou-născut cu cloroform administrat mamei. Deși diagnosticul, cum spunea Perreau, este partea cea mai conjecturală din medicină, el implică deosebită atenție, încărcînd frecvent de responsabilitate.

În toate aceste cazuri, incriminarea a avut loc acolo unde nu au fost controverse și dispute științifice asupra conduitei de urmat și unde s-au întrunit elementele conținutului infracțiunii, plecîndu-se totdeauna de la prezumția de nevinovăție a medicului. Aceasta pentru că numai incriminarea greșelilor absolut certe și incontestabile permite progresul științei medicale și creșterea calității asistenței medicale cu ajutorul instituției responsabilității judiciare.

RESPONSABILITATEA CIVILĂ PROFESIONALĂ

În conformitate cu art. 998 din Codul civil, orice faptă a omului care cauzează altuia un prejudiciu, obligă pe acela din a cărui greșeală s-a produs, la a-l repara. Atari reparații acoperă pagubele suferite de o persoană și nu numai capacitatea sa de muncă.

În condițiile noastre de lucru, responsabilitatea civilă a medicului decurge numai din fapte penale, deoarece, așa cum s-a menționat, sănătatea nu poate face obiectul vreunui contract particular. Ca și în răspunderea penală și consecutiv ei, răspunderea civilă nu se angajează niciodată în cazurile fortuite sau de forță majoră, cînd prevederea este imposibilă, ca și atunci cînd prejudiciul nu se află în legătură cauzală cu activitatea medicului (ca atunci cînd după o intervenție oarecare, din cauza unui delir, bolnavul fuge și suferă o vătămare).

Ca să putem vorbi despre responsabilitate civilă, e necesar să se întrunească următoarele condiții:

— un prejudiciu adus bolnavului;
— o faptă ilicită și culpabilă;
— o legătură cauzală între fapta culpabilă și prejudiciu.

În practică, stabilirea greșelii penale și a responsabilității delictuale, în caz de prejudicii civile, aduce, *a fortiori*, și necesitatea reparării lor. În lipsa responsabilității delictuale (penale), nu există nici o responsabilitate civilă.

RĂSPUNDEREA PROFESIONALĂ ŞI SECRETUL PROFESIONAL

Obligaţia medicului de a respecta secretul profesional rezidă în dreptul fundamental al individului la intimitate şi în necesitatea promovării umanismului medical, în virtutea căruia, păstrarea secretului este baza relaţiei de confidenţă dintre medic şi bolnav şi un element ce contribuie la încrederea bolnavului în medic.

Atitudinea socială şi medicală faţă de secretul profesional a evoluat în decursul timpului, nici o altă instituţie deontologică nesuferind atîtea influenţe precum secretul medical. Dacă în antichitate şi mult timp aproape de noi, păstrarea secretului era absolută, pentru tot ceea ce medicul lua cunoştinţă (*ergo omnes*), astăzi, excepţiile morale şi legale de la regula secretului absolut s-au înmulţit. Deontologia şi dreptul medical constată limitarea acestui secret de necesitatea luptei contra maladiilor infecto-contagioase ca şi de situaţiile în care interesele sănătăţii publice, ordinii de drept sau justiţiei ar fi afectate. În sfîrşit, secretul absolut a fost limitat în numele colectivităţii şi al relaţiilor sociale chiar cu o altă persoană (familie, căsătorie), pînă la dispariţie cînd interesele lor au fost în joc.

După legile noastre penale, care consacră punctul de vedere deontologic anterior exprimat, nu există secret profesional, medical, ori de cîte ori interesele statului, colectivităţii sau ale altui individ determină la destăinuirea sa. Mai concret, legea prevede că nu există secret: 1) atunci cînd legea o prevede expres ca Decretul 212/1953 pentru boli infecto-contagioase, crime, otrăviri, leziuni corporale grave şi sinucideri şi cînd medicul, pe lîngă obligaţia de a anunţa, are şi obligaţia de a înregistra cu precizie leziunile, ca şi atunci cînd 2) divulgarea secretului este în interesul bolnavului, familiei, colectivităţii, societăţii. În aceste condiţii, destăinuirea secretului trebuie să ducă, de exemplu, la interzicerea unei căsătorii dacă unul dintre parteneri are vreo boală venerică, transmisibilă, sau vreo boală psihică ce anulează discernămîntul, la vicii judiciare atunci cînd, în condiţiile unei expertize medico-legale, rezultatul nu ar fi anunţat părţilor şi numai lor. De asemenea, trebuie menţionat că evidenţele medicale constituie un secret profesional de serviciu.

În afara acestor situaţii etico-legale, violarea secretului constituie un abuz de autoritate şi divulgarea sa se pedepseşte conform art. 196 din Codul penal ori de cîte ori violarea s-a făcut fără drept, în virtutea profesiunii, a unui secret încredinţat ce aduce prejudicii persoanei, cu excepţia situaţiei cînd interesele speciale de stat impun această divulgare.

Legea noastră, în deplin acord cu deontologia medicală, statuează echilibrat atitudinea profesională faţă de secretul medical, protejînd atît interesele societăţii cît şi ale persoanei.

Secretul medical rămîne însă o necesitate imperioasă de conduită profesională atunci cînd este vorba de boală şi bolnav. În condiţiile divulgării faptelor ce afectează ordinea socială, medicul nu trebuie să arunce peste bord condiţiile intimităţii încrederii bolnavului, deoarece, în orice circumstanţe, chiar dacă medicul trebuie să sugereze adevărul despre boală, niciodată nu trebuie să suprime însă speranţa. El trebuie să sugereze, deoarece totdeauna conştiinţa pericolului întăreşte solidaritatea cu medicul, dar să nu suprime speranţa care poate duce pe bolnav într-un impas existenţial. Reacţii rămase celebre ca ale lui Freud, Kafka etc., ca şi situaţii întîlnite în practică, constituie argumente peremptorii pentru această atitudine.

În faţa unei boli incurabile se cunosc mai multe mecanisme de apărare din partea bolnavului: de refulare şi rejet a bolii ca stare penibilă, de pseudoraţionalizare şi justificare paralogică, de culpabilitate şi subiectivarea bolii, ca o pedeapsă, de sublimare şi transformare a suferinţei într-o activitate valorizată, de negare şi scotomizare a bolii cu fuga în imaginar, de revoltă sau speranţă faţă de posibilităţile, deseori amputate, de revenire. În toate aceste circumstanţe, medicul nu trebuie să suprime bolnavului speranţa, deoarece aceasta îi redă demnitatea umană ce trebuie să existe şi în cele mai dificile situaţii existenţiale. El trebuie să susţină totdeauna bolnavul prin speranţă, deoarece, altfel, relaţiile dintre oameni şi mai ales dintre medic şi bolnav s-ar reduce la nişte relaţii dintre lucruri. Medicul trebuie să privească totdeauna pe bolnav cu ochii săi sau cu ochii altora, după cum şi el doreşte să fie privit cu ochii săi. Relaţia de înţelegere şi empatie justifică totdeauna disimularea riscurilor faţă de bolnav; adoptarea şi exprimarea unei minciuni pioase faţă de el stă la baza conduitei etice în aceste cazuri.

După unele concepţii, medicul ar trebui să comunice bolnavului un diagnostic de boală incurabilă. Se justifică acest lucru prin realitatea unei euforii terminale şi compensatorii pe care o determină comunicarea şi mai ales, în condiţiile unei ideologii de consum, prin posibilitatea care i se dă bolnavului de a-şi reglementa, în final, afacerile. Sînt excepţionale situaţiile cînd la comunicarea unui diagnostic infaust şi după care un bolnav ar mai avea un timp limitat de trăit, acesta să înceapă cu calm şi sînge rece o adevărată numărătoare inversă, regăsind şi obţinînd sensul demnităţii şi responsabilităţii umane. Dimpotrivă, cel mai frecvent, reacţiile sînt pe măsura traumatismului psihic şi din ele nu lipseşte comportamentul autolitic. La comunicarea de către medic a unui diagnostic de cancer, o bolnavă, înainte de defenestrare, mai are timp să lase o notiţă: „nu pot suporta această veste şi medicul trebuie, la ieşire, să treacă peste cadavrul meu". O mamă, la auzul diagnosticului de incurabilitate a copilului său encefalopat, se defenestrează cu copilul în braţe de la etajul 10. Atari reacţii fatale sînt argumentul incontestabil pentru

păstrarea secretului față de boală și bolnav, pentru comunicarea sa dozată, în raport de psihicul bolnavului și de necesitatea cooperării terapeutice, pentru divulgarea sa doar familiei care totdeauna dispune de mai multe elemente de contenție sau informare a psihicului bolnavului, mai bine cunoscut și menajat.

Medicul va întreține întotdeauna speranța, deoarece orice anulare a speranței exprimă în fond o dispariție a sensului vieții. Culea preciza că speranța laic-științifică se naște din înțelegerea posibilităților științei (în speță a medicinii) și va fi totdeauna optimistă, bazată pe praxis și pe mobilizarea voinței în acest sens, deoarece va rezulta dintr-o încredere absolută în om. În orice boală, speranța devine ceva instinctual și apare ca o reacție firească de apărare pe care medicul va trebui să o valorizeze în sens util; valoarea sa de a înnobila și întări caracterul specific omului, chiar și în stările de disperare, este de a alege angajarea nu pasivitatea și medicul va avea în vedere aceste realități psihologice, căci omul are puterea nelimitată de a decide asupra destinului său. Bineînțeles, tratarea omului în condiția de boală în altă perspectivă decît umană axiologică ar fi o ofensă adusă acestei demnități. Umanismul medical științific va fi optimist, integral (bio-psiho-social), bazat pe libertate și obligînd a „regăsi omul peste tot unde el este strivit". Medicina trebuie să fie cea mai fecundă sursă de binefaceri naturale și spirituale, în care acordul omului cu el însuși să fie total și pacea sufletului să fie asigurată.

Medicul va delibera științific și psihologic în raport de psihicul bolnavului, gradul aderenței sale de viață etc. De regulă nu va comunica celor ce nu au bănuit și intuit diagnosticul, celor cu o stare generală de moment bună ce face dificilă ajustarea psihicului la spectrul sfîrșitului, celor ce simt diagnosticul și au o boală cu evoluție rapid letală etc. Se comunică cu prudență caracterelor puternice, la care prevalează demnitatea adevărului față de tragedia proprie, celor ce refuză intervențiile și tratamentele salvatoare, celor ce intuiesc diagnosticul etc. Criteriul și scopul comunicării vor fi obținerea cooperării la tratament, reintegrarea în viață, controlul solitudinii etc. (Popa).

Este adevărat că majoritatea bolnavilor bănuiesc diagnosticul după blîndețea exagerată manifestată față de ei sau pentru că sînt evitați ori plasați într-un anumit spital sau după tratamentele efectuate etc. și comunicarea brutală îi înstrăinează de universul lor afectiv și de alții și poate duce la prăbușirea încrederii în valorile vieții, în existența proprie. Medicul va avea grijă să nu devină, prin atitudinea sa, coautor al unor stări de disperare; de aceea atitudinea sa trebuie adoptată cu cea mai mare grijă psihologică și deontologică. Comunicarea brutală poate deveni o „condamnare la moarte", poate duce la o ruptură fatală cu viața și poate declanșa gestul autolitic, după cum, comunicarea dozată poate evita solitudinea, reda demnitatea și permite o revalorizare a vieții și

experienței trecute prin sublimarea suferinței în creație și realizarea unei noi identități sociale. În nici un caz, discreția medicului nu va afecta soarta bolnavului sau încrederea sa. De aceea în anumite situații, discreția e fundamentată de nevoia protejării intimității persoanei, ca și a întăririi încrederii bolnavului în viață, medic, familie. Obligația de a vorbi rezultă din funcția medicinii, iar obligația de a tăcea din coordonatele sale etico-psihologice. Indiscreția poate deveni un abuz al medicului, a relației sale de încredere cu bolnavul; de aceea, totdeauna revelația va avea drept criterii esențiale numai interesul bolnavului — și aici, poate, condiția personalității trebuie să opereze (orice comunicare nu e justificată dacă interesul scontat nu e superior riscului comunicării). Medicul va ține totdeauna cont de inegalitatea atitudinilor psihologice în fața bolii și morții, precum și de faptul că suferința morală se suportă mai greu decît cea fizică. Deci nu există răspuns abstract și concret la comunicarea unui diagnostic de incurabilitate. Uneori nu se dorește cunoașterea adevărului pentru a nu se pierde speranța, după cum alteori, cunoașterea adevărului liberează forțe morale nebănuite. Căci fiecare om știe că moare, dar este dreptul său suveran de a-și decide comportamentul în fața acestei certitudini.

RESPONSABILITATEA PROFESIONALĂ ÎN URGENȚE

Urgențele medicale constituie un domeniu de maximă responsabilitate, în care, competența și conștiinciozitatea medicului sînt în mod necondiționat utile bolnavului. În urgențe, orice lacune pot provoca mari prejudicii sănătății și vieții omului.

Dacă cu ocazia activității medicale din afara urgențelor, medicul trebuie să acționeze în raport de specialitatea și condițiile sale de lucru, în urgențe, indiferent de specialitate și de condițiile de lucru, el trebuie să facă tot ce poate ca om și ca profesionist pentru a ajuta pe cel în pericol. În condițiile noastre sociale, acest ajutor constituie o obligație moral-cetățenească a fiecărui om, în ajutorul semenului său, și este cu atît mai mult o necesitate și o obligație a personalului medico-sanitar.

Ca regulă generală, indiferent de conținutul chemării din care medicul poate discerne dacă este sau nu o stare de urgență și indiferent din partea cui vine, el trebuie să răspundă necondiționat la chemare. Orice chemare, datorită inaptitudinii celor ce solicită ajutorul de a prezenta veridic situația de urgență, constituie un pericol prezumat și numai dacă se află într-o stare de forță majoră, medicul poate fi exonerat de a răspunde la chemare. Este un exemplu de efort, dar sublim, de sacrificiu al vieții private a medicului în favoarea semenilor săi. Dimpotrivă, orice nerăspuns la chemare constituie un refuz de serviciu legalmente

datorat, iar dacă bolnavul a fost prejudiciat datorită relației cauzale cu cea mai mică probabilitate de salvare a vieții, refuzul constituie o greșeală incriminabilă, o omisiune, o absență-greșeală și, în caz de deces, un omor prin culpă.

Din motivele expuse, obligația de prim ajutor în urgențe devine absolută, indiferent din partea cui vine solicitarea, indiferent de conținutul solicitării, de specialitatea medicului și de condițiile sale de lucru. Mai mult, în situațiile de calamitate, medicul trebuie să-și ofere serviciile din proprie inițiativă, să înfrunte pericolul și, corespunzător unei stări de necesitate, să răspundă activ oricărei situații de pericol și urgență.

Sub aspect juridic apare caducă definirea de către codul de deontologie medicală a urgenței ca o stare ce periclitează viața unei persoane sau a colectivității. Definiția apare caducă nu numai pentru faptul că ceea ce pentru medic este cotidian, pentru bolnav poate fi excepțional, ca și pentru faptul că este cunoscută în medicină evoluția malignă, fatală a unor cazuri aparent banale. Din aceste motive, orice chemare prezumă pericolul pentru sănătatea și viața unei persoane și nici sub pretextul că invocîndu-se urgența, un medic a fost maltratat, răspunsul nu poate fi refuzat. Obligația de răspuns și ajutor durează pînă la îndepărtarea pericolului, fie prin înlăturarea sa, fie prin transferarea bolnavului într-o unitate cu posibilități mai mari de tratament.

Urgența constituie un domeniu de responsabilitate maximă și prezumarea pericolului determină necesitatea necondiționată a răspunsului în cadrul unei obligații de serviciu, în care nevoia de ajutor dată semenului devine absolută. Urgența este un domeniu de maximă responsabilitate, deoarece, lipsind timpul unei documentări, orice incompetență se amplifică și orice fugă de răspundere se incriminează.

În urgențe, personalul medico-sanitar trebuie să se comporte ca față de orice stări de necesitate, mergînd pînă la efectuarea unei intervenții chiar fără consimțămînt, dacă aceasta se impune ca un mijloc pentru a salva bolnavul de la un pericol iminent și care nu putea fi evitat altfel. În urgențe, medicul ca reprezentant al intereselor sociale și în numele lor, va interveni chiar fără aviz, avînd în vedere forța majoră și starea de necesitate, deoarece interesul social de salvare a vieții și sănătății este superior libertății individului manifestată prin refuz.

Ori de cîte ori însă, răspunzînd la o chemare de urgență, nu se vor întruni condițiile unei stări de necesitate, și anume: pericolul să fie real, actual și iminent iar prejudiciile aduse de intervenția medicală mai mari decît cele aduse de starea de urgență, medicul va trebui să se abțină de a expune bolnavul la riscuri, efectuînd numai ce este util. Cea de a treia condiție a stării de necesitate, și anume ca pericolul să nu fie datorat persoanei implicate, medicului, nu operează în medicină, deoarece,

indiferent cine a generat pericolul, chiar și medicul, justifică acțiunea sa de a face tot ce este posibil pentru salvarea sănătății și vieții.

De regulă, ori de cîte ori bolnavul este conștient, el trebuie să consimtă la procedurile terapeutice de urgență privind salvarea vieții și sănătății. În situația în care bolnavul este inconștient, consimțămîntul trebuie obținut de la familie. Dacă nici acest lucru nu este posibil, medicul se consultă cu alți medici pentru atitudinea ce urmează a fi luată iar dacă și consultul este imposibil, medicul se decide singur, după cunoștința sa moral-deontologică, avînd în vedere riscul întîrzierii și necesitatea de a fi util bolnavului. Procedura este întru totul valabilă și pentru situațiile neprevăzute și survenite intraoperator.

Din cele de mai sus rezultă că numai în urgențe medicul poate încerca, pentru a fi util bolnavului, un tratament în afara specialității sale și numai atunci cînd orice întîrziere devine riscantă și periclitează sănătatea și viața.

În situația în care medicul ar fi chemat la două urgențe deodată, el are libertatea să aleagă dacă răspunde întîi la cea care i se pare mai gravă sau, în caz de gravitate egală, la cea mai apropiată pentru a fi de maximă utilitate. Alte criterii de a discerne oportunitatea primului răspuns decît gravitatea bolii, nu pot să existe.

În situația în care un medic de gardă este chemat la o urgență, el trebuie de asemenea să discearnă adecvat, după conștiința sa morală, pentru a nu părăsi un serviciu la care este obligat legal, dar pentru a putea da un ajutor omului în pericol.

Ori de cîte ori un om a murit în jumătate de oră, fapt ce a invederat urgența, și medicul a refuzat să intervină și ori de cîte ori, printr-un procedeu la îndemîna oricărui și cu atît mai mult a medicului (de exemplu, un garou), viața putea fi salvată, refuzul la chemare și prejudiciul creat s-au pus în sarcina medicului. În aceste situații, medicul nu răspunde de forța majoră, sau starea de necesitate creată, ci de omisiunea unui ajutor care putea fi salutară pentru cel în pericol.

8

DENTOLOGIA EXPERIMENTULUI MEDICAL

Principiul fundamental şi universal valabil al efectuării oricăror încercări pe om este acela de a nu sacrifica în vreun fel fiinţa umană de dragul ştiinţei. Medicul trebuie să se conducă după principiul *primum non nocere*, cît şi după principiul *primum humanitas, alterum scientiae* (să asigure întîi interesele umanităţii şi apoi să slujească ştiinţa). Este cunoscut faptul că încercările terapeutice necesare omului nu pot fi reproduse întotdeauna, în mod fidel, în efectele lor pe animal, deoarece acesta nu poate reproduce niciodată o boală umană. De regulă, experimentul pe om este interzis şi, la cerere, el nu se poate face decît cu acordul M.S. şi al Academiei de Ştiinţe Medicale. Întruneşte însă sufragii deontologice de admisibilitate autoexperimentul, care, în decursul evoluţiei medicinii a asigurat progresul ei în multe domenii. Este cunoscută astfel inocularea de germeni în autoexperimentul lui Hunter pentru a deosebi luesul de gonoree, a lui Mecinikov sau Petenkofer cu vibrioni holerici, a lui Kappe cu digitoxină, a lui Fanti pentru dovedirea autotransmiterii cancerului mamar, a lui Forsman, care şi-a făcut primul cateterism cardiac, a lui N. Minovici — autospînzurare, a lui Simson — de autocloroformizare, sau a lui Bombard, Hoffman şi alţii, care au adus beneficii incontestabile progresului medicinii.

În conformitate cu declaraţia de la Helsinki privind condiţiile cercetării clinice, declaraţie elaborată de Asociaţia medicală internaţională, şi în conformitate cu regulile de la Nürnberg asupra experimentării pe om, atari cercetări trebuie să se facă în condiţii precis delimitate, pentru a nu încărca conştiinţa opiniei publice cu vreun sentiment de abuz sau încălcare a drepturilor şi libertăţilor omului de către medic.

Declaraţia de la Helsinki, adoptată la a XVIII-a adunare a Asociaţiei Medicale Internaţionale (AMI) în 1964, prevede:

Misiunea medicului este de a avea grijă de sănătatea poporului, cunoştinţele şi conştiinţa sa fiind dedicate îndeplinirii acestei misiuni. Declaraţia de la Geneva a AMI leagă pe medic prin cuvintele: „sănătatea pacientului meu va fi prima mea grijă", iar Codul internaţional de etică medicală declară că „orice acţiune sau sfat care ar putea slăbi rezistenţa fizică sau mintală a fiinţei umane nu poate fi folosit în interesul său."

Pentru că este esenţial ca rezultatele experimentelor de laborator să fie aplicate fiinţelor umane pentru a dezvolta mai departe cunoştinţele ştiinţifice şi pentru a ajuta omenirea suferindă, AMI a pregătit următoarele recomandări drept ghid pentru fiecare medic în cercetarea clinică. Trebuie să accentuăm că recomandările, aşa cum sînt schiţate, reprezintă numai un îndreptar pentru medicii din întreaga lume, care nu sînt scutiţi de responsabilităţile etice, civile sau penale, stabilite de legile propriilor lor ţări.

În domeniul cercetării clinice, o distincţie fundamentală trebuie făcută între cercetarea clinică, în care scopul este în mod esenţial terapeutic pentru pacient, şi cercetarea clinică al cărui obiectiv esenţial este pur ştiinţific şi fără valoare terapeutică pentru persoana supusă cercetării.

PRINCIPII DE BAZĂ

1. Cercetarea clinică trebuie să se conformeze principiilor morale şi ştiinţifice care justifică cercetarea medicală şi trebuie să fie bazată pe experienţe de laborator şi pe animale sau pe alte baze stabilite ştiinţific.

2. Cercetarea clinică trebuie să se desfăşoare numai sub supravegherea unei persoane calificate medical.

3. Cercetarea clinică nu poate să fie desfăşurată în mod legitim dacă importanţa obiectivului nu este proporţională cu riscul inerent pentru subiectul cercetării.

4. Fiecare proiect de cercetare clinică trebuie să fie precedat de o evaluare atentă a riscurilor inerente în comparaţie cu beneficiile la care se aşteaptă în favoarea subiectului ori a altora.

5. O grijă specială trebuie să fie acordată de medic în desfăşurarea cercetării clinice, în care personalitatea subiectului este posibil să fie schimbată de droguri şi procedee experimentale.

CERCETAREA CLINICĂ COMBINATĂ CU ÎNGRIJIREA PROFESIONALĂ

1. În tratamentul unei persoane bolnave, medicul trebuie să fie liber în a folosi o nouă metodă terapeutică dacă, după părerea lui, aceasta dă speranţe de salvare a vieţii, de restabilire a sănătăţii sau de diminuare a suferinţei. Dacă este posibil şi compatibil cu psihologia pacientului, medicul trebuie să obţină consimţămîntul liber al pacientului, după ce acestuia i s-au dat explicaţii detaliate. În caz de incapacitate legală, consimţămîntul trebuie obţinut de la tutorele legal, iar în caz de incapacitate fizică, permisiunea tutorelui legal o înlocuieşte pe cea a pacientului.

2. Medicul poate combina cercetarea clinică cu îngrijirea profesională, obiectul fiind achiziţia de noi cunoştinţe medicale, numai în măsura în care cercetarea terapeutică este justificată de valoarea sa curativă pentru pacient.

CERCETAREA CLINICĂ NETERAPEUTICĂ

1. În aplicarea ştiinţifică pură a cercetării clinice desfăşurată pe o fiinţă umană, este de datoria medicului să rămînă protectorul vieţii şi sănătăţii acelei persoane pe care se desfăşoară cercetarea clinică.

2. Natura, scopul şi riscul cercetării clinice trebuie să fie explicate subiectului de către medic.

3. a) Cercetarea clinică pe o fiinţă umană nu poate avea loc fără consimţămîntul liber dat, după ce subiectul a fost informat; dacă subiectul este incompetent din punct de vedere legal, trebuie obţinut consimţămîntul tutorelui.

b) Subiectul cercetării clinice trebuie să fie într-o stare legală fizică şi mintală, care să-i permită să-şi exercite pe deplin dreptul său de alegere.

c) Consimţămîntul trebuie să fie de regulă obţinut în scris. Totuşi, responsabilitatea pentru cercetarea clinică revine întotdeauna cercetătorului; ea nu cade niciodată pe subiect, chiar după obţinerea consimţămîntului.

4. a) Cercetătorul trebuie să respecte dreptul fiecărui individ de a-şi asigura integritatea personală, în special dacă subiectul este într-o relaţie de dependenţă faţă de investigator.

b) În orice moment în cursul cercetării clinice, subiectul sau tutorele acestuia trebuie să fie liber să-şi retragă permisiunea de a se continua cercetarea. Cercetătorul sau echipa de cercetare trebuie să întrerupă

cercetarea dacă, după părerea lui sau a lor, aceasta ar putea, dacă este continuată, să devină dăunătoare individului.

Regulile de la Nürnberg asupra experimentului pe om, stabilite după judecata pronunţată la 19—20 august 1947, considerate de unii ca „liberaţii", iar de alţii ca „restrictive", au o valoare de ghid:

1. Consimţămîntul voluntar al subiectului care serveşte experienţelor este absolut esenţial. Aceasta înseamnă că persoana interesată trebuie să se bucure de întreaga sa capacitate legală pentru a consimţi: ea trebuie să fie lăsată liberă să decidă, cu excluderea oricărei intervenţii străine ca forţa, frauda, constrîngerea, înşelătoria sau orice alte procedee de coerciţiune. Trebuie de asemenea ca persoana utilizată să fie suficient de informată şi să cunoască întreaga întindere a experienţei practicate pe ea, încît să poată fi capabilă a măsura efectele deciziei sale. Înainte ca subiectul s-o accepte, trebuie deci a-l învăţa exact natura, durata şi scopul experienţei, ca şi metodele şi mijloacele întrebuinţate, pericolele şi riscurile la care se expune şi consecinţele care decurg din participarea sa la această experienţă. Obligaţia şi responsabilitatea de a aprecia condiţiile în care subiectul îşi dă consimţămîntul incumbă persoanei care ia iniţiativa şi conducerea acestor experienţe sau celei care o efectuează. Ele revin acestei persoane şi ea nu o poate transmite alteia.

2. Experienţa trebuie să aibă rezultate practice pentru umanitate, imposibil de obţinut prin alte mijloace; ea trebuie să fie practicată cu o metodă definită şi să fie impusă de necesitate.

3. Fundamentele experienţei trebuie să rezide din rezultatele experienţelor anterioare, făcute pe animale, şi în cunoaşterea genezei bolilor sau a problemelor de studiu, în modul de a justifica prin rezultatele aşteptate, executarea experienţei.

4. Experienţele trebuie să fie practicate astfel încît să evite orice suferinţă şi orice prejudiciu fizic sau mintal.

5. Experienţa nu trebuie să fie încercată cînd există credinţa că ea va antrena moartea sau invaliditatea subiectului, cu excepţia cazurilor în care medicii care fac cercetările servesc ei înşişi de subiecţi de experienţă.

6. Riscurile la care se expun nu vor trebui niciodată să depăşească valoarea pozitivă pentru umanitate a problemei pe care trebuie să o rezolve experienţa avută în vedere.

7. Trebuie să se facă în aşa fel încît să se depărteze de subiectul care serveşte pentru experienţă orice eventualitate, oricît ar fi ea de mică, susceptibilă de a provoca răniri, invaliditate sau moarte.

8. Experienţele trebuie să fie practicate numai de persoane calificate. Ele cer o mare competenţă şi o extremă atenţie din partea tuturor celor care le conduc sau care participă la ele.

9. Subiectul trebuie să fie liber de a întrerupe experienţa dacă el apreciază că şi-a atins pragul rezistenţei mintale sau fizice, dincolo de care nu poate merge.

10. Omul de ştiinţă trebuie să fie gata a întrerupe în orice moment experienţa dacă crede că ar putea antrena răniri, invaliditate sau moartea subiectului.

După cum se observă, condiţiile stipulate se referă la respectul integral al fiinţei umane, indiferent de statutul său social-juridic (dacă este un om liber sau un condamnat la moarte), cu desfăşurarea unei atari acţiuni în spiritul celor mai exigente principii de responsabilitate şi de exigenţă ştiinţifică. Ele trebuie să constituie o preocupare esenţială a medicului nu numai în instituţiile cu profil experimental, ci şi în activitatea curentă a oricărui medic ori de cîte ori se aplică pentru prima dată un procedeu mai mult sau mai puţin cunoscut în practică şi care comportă riscuri şi responsabilităţi deosebite.

9

EROARE ŞI GREŞEALĂ ÎN MEDICINĂ

Este incontestabil faptul că în medicină adevărul şi-a făcut loc printre ipoteze şi chiar erori, fiind o vamă inevitabilă pe care a trebuit să o plătească progresului medical în decursul timpului. Cineva spunea că dacă un şofer face o eroare la 3 km parcurşi, un medic activ face cel puţin o eroare pe zi, progresul tehnic multiplicînd riscurile erorilor şi confirmînd faptul că în medicină, fără acceptarea unor riscuri, deseori nu există nici succes terapeutic şi nici progres medical. Cunoaşterea şi recunoaşterea erorilor constituie calea utilă şi etică de eliminare a lor în interesul bolnavului, un factor dinamizator al progresului uman, în timp ce nerecunoaşterea lor conduce la o stare nedeontologică, cu riscuri pentru medici şi bolnavi.

Încă Aristotel vorbea de nenorociri care nu se pot prevedea, de greşeli şi injurii, în dorinţa de a releva valoarea euristică a erorii şi greşelii. Dacă progresul tehnic multiplică erorile, acestea însă se depistează mai uşor graţie aceluiaşi progres, care oferă în mod adecvat conştiinţa unei erori certe sau îndoielnice. Astfel, o eroare de normă se omologhează cu greşeala atunci cînd din culpă nu s-au respectat regulile tehnice acceptate, dar o eroare de fapt, prin excluderea reprezentării consecinţelor ei, şi, deci, a prevederii ei, constituie un caz fortuit, succeptibil de o analiză morală, ca şi de o valorizare medicală. Iată în ce constă interesul teoretic şi practic al cunoaşterii originii erorilor şi greşelilor medicale şi a profilaxiei lor.

De regulă, se înţelege prin eroare situaţia în care se trag concluzii adecvate în raport de condiţiile de desfăşurare a fenomenului, fiind vorba de o cunoaştere falsă a unei situaţii de fapt care se produce în

condițiile unei activități perfecte. Eroarea se datorește, cel mai frecvent, unei imperfecțiuni a științei medicale la un moment dat, unei reactivități particulare a bolnavului sau unor particularități de intelect și caracter ale medicului. Se află în eroare orice alt medic care, în aceleași condiții, ar fi comis aceeași eroare.

Constituie, dimpotrivă, o greșeală, și nu o eroare, situațiile în care, în aceleași condiții de lucru, oricare alt medic ar fi fost în măsură să evite prejudiciul datorat nepriceperii, neglijenței, nerespectării normelor tehnice („eroare de normă"), necunoașterii, îndoielii omisive, aprecierii superficiale a cazului sau inaptitudinii. Aceste greșeli sînt, în realitate, false erori și ele se încarcă cu responsabilitate.

Este știut că, în medicină, majoritatea erorilor se întîlnesc în diagnostic, care, așa cum spunea Hamburger, este un act de alegere care nu comportă numai calități tehnice ci și morale, sociale, umane, caracteriale și psihologice, într-un regim de libertate profesională deplină. Medicina nu este numai știință ci și artă, deoarece, o problemă tehnică poate fi rezolvată identic de mai multe persoane, dar un diagnostic sau o intervenție chirurgicală diferă de la medic la medic, fapt ce conferă actului medical un element personal de artă care îi crește responsabilitatea. Mai mult, practica medicală este încă înconjurată, în anumite situații, de neprevăzut, ceea ce plasează pe medic în cîmpul unor permanente tensiuni de conștiință. Faptul este din plin valabil mai ales pentru diagnostic întrucît antrenează o decizie terapeutică care poate deveni uneori, dintr-un avantaj scontat, un risc în plus pentru bolnav. În ciuda dotării tehnice actuale, riscul greșelii tehnice persistă. De aceea, confirmarea sau infirmarea unui diagnostic prin reexaminare, prin urmărirea evoluției sau prin analize de laborator, prin eficacitatea tratamentului, a intervenției chirurgicale sau necropsice, rămîne o sursă permanentă de îmbunătățire a sa și de înlăturare a eroilor și greșelilor.

Sub aspect strict medical, greșeala diagnostică, ca neconcordanța parțială sau totală cu realitatea unui fapt patologic, poate fi incompletă sau greșit formulată. Este incomplet un diagnostic ce omite stadiul bolii sau vreo complicație și este greșit formulat diagnosticul exprimat în termeni avînd un sens prea larg (abdomen acut, septicemie) sau diagnosticul simptomatic (cefalee, hematemeză). Greșeala faptică în diagnostic rezidă în conținutul neprecizat al bolii (nestabilirea diagnosticului), iar greșeala logică, în formularea lui inadecvată.

Sursele greșelii constau, după Heglin, în ignoranță (lacune uneori inevitabile în cunoaștere), examene incomplete prin proaste obiceiuri sau deficit al posibilităților și prin judecăți greșit elaborate, cum ar fi gîndirea insuficientă, părerile preconcepute, vanitatea sau orgoliul, încrederea oarbă în unele legi medicale, prioritatea acordată tehnicii sau fetișizarea sa, lipsa de timp, lipsurile în documentare sau anamneza superficială,

pesimismul sau optimismul exagerat al medicului, caracterul său fricos sau complicat. Heglin arată, de pildă, că un medic cu caracter complicat nu va pune diagnostice simple nici în cazurile elementare, aidoma legii Sutton. Aproape în orice situație el va pune un diagnostic complicat, „interesant", fiind deci tot atît de periculos în diagnostic ca și medicul pentru care cazul nu prezintă nici o problemă.

O altă sursă de erori este de natură tehnică și constă în interpretarea greșită a analizelor, în artefacte, exces de explorări, care aduc neîncrederea în judecata proprie și care nu solicită explorările ce oferă șansa maximă de a pune diagnosticul (legea Sutton). Se ignoră mai ales faptul că examenul clinic este acel care stabilește indicația explorării.

Dintr-un alt punct de vedere, se pot distinge greșeli obiective, legate de boală, bolnav și reactivitatea sa, sau datorate imperfecțiunii medicinii, precum și greșeli subiective, legate de medic. Primele greșeli se datoresc complexității bolii, informațiilor false date de bolnav, dificultăților de examinare clinică, sărăciei bolii în simptome. Transformarea acestei posibilități în greșeală aparține însă medicului, care poate greși prin necunoaștere, examen incomplet sau gîndire inadecvată. Nerecunoașterea generează greșeli de diagnostic mai ales cînd este vorba de afecțiuni rare, mai frecvente fiind greșelile prin examen incomplet (din grabă sau plictiseală). În diagnoză este bine „să te grăbești încet", să nu subapreciezi anamneza, să nu examinezi superficial sau defectuos bolnavul și ori de cîte ori experiența practică este mai redusă, să fie suplinită de atenție și meticulozitate.

Greșelile se pot datora și dificultăților de laborator. În acest sens este clasică, de pildă, greșeala lui Virchow, care nu a găsit celule neoplazice în biopsia din laringele lui Frederich al III-lea, acesta murind însă de cancer.

Clasificate altfel, greșelile pot fi faptice, prin neconcordanța cu realitatea conținutului, și logice, prin încălcarea regulilor de logică medicală a diagnosticului. Greșeala faptică antrenează deseori și o greșeală logică și invers. Un diagnostic just are o finalitate practică și determină o comportare medicală adecvată, de aceea orice discordanță între diagnosticul clinic și anatomo-patologic, între diagnosticul policlinicii sau spitalului trebuie bine valorizat.

Pentru a ajunge la un diagnostic corect, medicul trebuie să obțină toate elementele de fapt necesare, să facă raționamente logice și să verifice diagnosticul în practică, prin tratament. Ori de cîte ori va subaprecia datele clinice sau va supraaprecia pe cele de laborator ori le va interpreta greșit, el va risca o greșeală de diagnostic și dacă greșelile obiective se pot justifica, cele subiective nu-și găsesc niciodată justificarea. Astfel, necunoașterea simptomatologiei, nesiguranța, neîncrederea în sine,

frica de răspundere, neglijența, superficialitatea sau graba etc. vor fi greu de înlăturat din discuția despre greșeala de diagnostic.

În general, între cauzele obiective și subiective ale greșelilor de diagnostic nu se pot face întotdeauna demarcații nete. O cauză obiectivă, în anumite condiții, poate deveni subiectivă și invers. Medicul poate greși, furat de concluzii categorice sau de idei preconcepute, care, în anumite situații pot exprima condiții obiective, dar, de regulă, ele constituie cauze subiective ale greșelilor de diagnostic.

Verificarea practică a diagnosticului se face prin examene suplimentare sau tratament, dar, uneori, ameliorarea bolii se datorește și altor cauze naturale decît tratamentului impus de un diagnostic corect. Nici mașina cibernetică nu va putea înlătura cauzele subiective ale erorilor de diagnostic. Ea va putea formula diagnostice rapide dar nu va putea clarifica cazuri complexe, unde simțurile și gîndirea omului sînt suverane.

Renunțarea la un diagnostic nu poate fi dictată decît de necesitate, iar recunoașterea greșelii sau erorii de diagnostic constituie o problemă cu mare încărcătură morală. Un medic de care depinde destinul bolnavului și mai ales formează alți medici nu poate spune decît adevărul, afirma Pirogov. Iar greșelile devin o crimă dacă le ascunzi, spunea J. L. Petit. Deseori ne instruim mai mult din greșeli decît din succese. Este medic bun cel ce greșește rar, spunea Hipocrate, dar este medic sublim cel care-și recunoaște greșeala.

În domeniul explorării diagnostice, problema esențială se referă la valoarea datelor clinice în raport cu datele investigațiilor obiective. Aceste date trebuie să se completeze reciproc și orice tendință de minimalizare a unora sau altora constituie o greșeală. În orice condiții însă examenul clinic este hotărîtor, iar cel de laborator, auxiliar. În cadrul examenului clinic, simțurilor omului li se cere o mare capacitate de a cuprinde tabloul integral al bolii; de aceea medicul are nevoie de simțuri intacte, ca și de experiență îndelungată. Laboratorul, deși ne completează imaginea integrală asupra bolii, dezvăluie esența fenomenelor și capătă astfel o mare specificitate. O ipoteză clinică se verifică prin investigații, iar un diagnostic, pentru a fi complet, trebuie să fie etiologic, patogenic și să constituie o sinteză a aspectelor multiple legate de boală.

Pentru diminuarea riscurilor investigațiilor, acestea din urmă pot fi împărțite în investigații obligatorii și comune (sumar de urină, radioscopie) și investigații particulare, ce trebuie să ofere maximum de date cu minimum de riscuri. Investigațiile vor ajuta etapele diagnostice și vor transforma un diagnostic de prezumție (probabil incomplet sau general) într-un diagnostic de precizie.

Un diagnostic de prezumție, prin sărăcia datelor clinice, reducerea posibilităților de investigație sau investigații neconcludente, devine diagnostic de precizie cu ajutorul diagnosticului diferențial și al explorărilor

conexe lui. Selectarea mijloacelor de investigație și diagnostic, pentru ca acestea să fie pe deplin utile cu minimum de riscuri, presupune competență, conștiinciozitate și o experiență deosebită a medicului.

În cadrul patologiei investigațiilor medicale, al riscurilor diagnostice, trebuie incluse nu numai noțiunile tehnice, ci și realitățile morale, cum ar fi inacțiunea prin ignoranță sau frica de răspundere, teama exagerată de investigație etc.

O estimare a riscurilor investigațiilor diagnostice scoate în evidență faptul, că la 1 000 de pielografii, se pot produce 20 de perforații de ureter, la 800 de retropneumoperitoneuri — 8 decese prin embolii gazoase, la 49 000 de gastroscopii — 59 de perforații gastroesofagiene, la 20 000 de puncții hepatice se citează o letalitate de 0,17%, mai ales prin nerespectarea indicațiilor și a contraindicațiilor, la 10 000 de examene radiologice cu substanțe iodate de contrast — un accident letal (azi, unul la 100 000), 300 de accidente grave cu edem glotic, apnee și colaps și 3 000 de accidente ușoare, prin respectarea mai bună a indicațiilor și contraindicațiilor acestor substanțe.

Unele investigații devin astăzi deosebit de riscante; de exemplu, după biopsie renală pot surveni hematoame perirenale, abcese renale, hematurie sau rupturi de bazinet; după puncție pancreatică pot apărea hemoragie și fistule pancreatice.

Ca regulă generală, medicul va accepta în mod gradat investigațiile, întîi pe cele cu riscuri minime și apoi pe celelalte, cu riscuri mai mari, care niciodată nu vor fi considerate ca examene de rutină, ci de necesitate.

Înainte de a le aplica gradat în ceea ce privește riscurile, ele vor avea o justificare evidentă, vor fi impuse de examenul clinic, li se vor cunoaște indicațiile și contraindicațiile și se va ține cont de starea bolnavului și experiența tehnică a medicului. Medicul va cîntări avantajele și riscurile și va avea totdeauna la îndemînă mijloace de combatere a accidentelor.

Un diagnostic eronat atrage după sine un tratament eronat, care din util poate deveni agresiv, de unde curentul de astăzi al „păcii terapeutice". Se știe că, deseori, medicamentul devine patogen, creează riscuri sau este ineficace.

Dacă în trecut tratamentul simptomelor a constituit apogeul medicinii empirice, astăzi tratamentul etiopatogenic constituie o formă superioară de luptă cu boala. Se vorbește de o strategie terapeutică ce include și profilaxia bolii, condițiile de microgrup social etc. Medicul trebuie să prevadă permanent riscurile terapiei și să evite gesturile și atitudinile care, deși vindecă lezional, îmbolnăvesc psihic (nevroză iatrogenă). Orice atitudine abstractă față de boală, rece față de bolnav, va stîrni neîncrederea în posibilitățile medicinii și va face din bolnav un infirm ce va alerga de la un medic la altul.

Atitudinea față de bolnav și arsenalul terapeutic devine astfel o atitudine de cultură medicală și de morală profesională superioară. Obiectivismul necontrolat și raționamentul superficial trebuie să cedeze locul rigurozității științifice pentru a constitui un factor de progres medical și a ajuta medicul în lupta cu boala. Climatul intelectual și moral al atitudinii față de riscurile terapeutice, care astăzi cresc consecutiv creșterii consumului de medicamente, perfecționării îngrijirilor medicale și creșterii numărului de consultații, trebuie să fie o regulă. Se știe că mai ales tinerii au tendința să prescrie multe medicamente; ei pleacă la drum, cum spunea Osler, cu 20 de medicamente pentru o boală și termină cu un medicament pentru 20 de boli. După 70 de ani de terapie s-au descoperit hemoragiile digestive după administrarea aspirinei, iar după 40 de ani, agranulocitoza după piramidon. Faptul scoate în evidență necesitatea prudenței față de orice factori de risc ce vin de la medic, bolnav sau medicament. Literatura de specialitate oferă multe exemple de accidente postterapeutice, cum sînt cele prin supraîncărcarea masei circulante după perfuzii de glucoză, cele alergice prin eliberare de histamină după dextran, hipotensiunile grave după insulină asociată cu ganglioplegice, leziunile măduvei osoase după cloramfenicol și sulfamidă, leziunile renale după cloramfenicol și streptomicină, hemoragiile digestive după aspirină și cortizon etc. Unele mecanisme sînt foarte bine studiate, așa cum ar fi toxicitatea medicamentului în insuficiențele renale prin retenția sa, accentuarea insuficienței prin nefrotoxicitate sau susceptibilitatea uremiilor la unele medicamente. Leziunile hepatice se pot datora depășirii capacității hepatice de detoxifiere sau efectelor toxice prin deficit de eliminare biliară și prin acumulare. Hepatitele medicamentoase pot fi citolitice (HIN), colostatice (clorpromazină), steatozice (tetracicline) sau mixte. Se cunosc mai bine riscurile terapeutice legate de deficiențele enzimatice ereditare, ca și alergia medicamentoasă ce ajunge la o frecvență de 10%. Cu excepția sării și apei, se estimează că orice substanță cu care organismul vine în contact poate deveni alergică, întîmplarea fiind, așa cum spunea cineva, tot atît de universală ca și legea. Faptul că orice medicament poate deveni alergic arată că el nu trebuie transformat într-un fetiș, ci, dimpotrivă, în cadrul acțiunilor de farmacovigilență este necesară prevenirea și cunoașterea efectelor lui.

Totdeauna investigația și tratamentul vor trebui subordonate simțului clinic și nevoilor bolnavului, fără fetișizarea tehnicii, care, evident, dă senzația aparentă de putere și succes. Coordonatele morale ale relațiilor medic-bolnav trebuie să aparțină și în aceste împrejurări, valorilor eterne, deoarece se bazează pe încredere și abnegație.

Simțul clinic, ca o aptitudine a medicului ce trebuie cultivată, ca o capacitate de a evalua rapid, complet și corect o situație patologică, se bazează pe documentare teoretică, pe experiență și observație practică,

ca și pe raționamente juste. Arta diagnosticului corect se cîștigă prin studiul teoretic al patologiei și prin experiență practică la patul bolnavului. Examenul clinic, în aceste condiții, va rămîne faptul inițial, terminal și capital al diagnosticului, cum spunea P. V. Radot, și el va fi ajutat de laborator. Medicul va manifesta o îndoială stenică față de diagnosticul său pozitiv, știut fiind că cel mai bun diagnostic este cel care se apropie cît mai mult de adevăr și a fost stabilit prin mijloacele cele mai simple. Neglijarea acestor cerințe deontologice face ca greșelile de diagnostic să fie destul de frecvente în practică.

Vor constitui greșeli de diagnostic imputabile, neefectuarea examenului atent și complet al bolnavului, nerecurgerea la metodele complementare necesare stabilirii diagnosticului, nesolicitarea altor specialiști din proprie inițiativă sau la cererea familiei.

Vor constitui greșeli de tratament imputabile, intervenția fără diagnostic sau cu diagnostic eronat, necunoașterea proprietăților unui medicament, neluarea consimțămîntului după o informare simplă aproximativă și loială, nesupravegherea tratamentului etc.

Responsabilitatea medicului va fi cu atît mai evidentă cu cît accidentul era mai previzibil și cu cît, în condițiile dependenței diagnosticului de știință, inteligență, de intuiția și spiritul critic al medicului, accidentul a survenit ca urmare a incompetenței și atitudinii lipsite de conștiinciozitate. Dacă riscurile imprevizibile constituie un act neimputabil, riscul previzibil la care expunem bolnavul nu este altceva decît prudența medicului care antrenează răspunerea sa.

Diferențierea erorii de greșeală se va face printr-o analiză concretă a condițiilor de lucru, de diagnostic și tratament avute la îndemînă. Totdeauna se va pune întrebarea dacă existau condițiile necesare ca un diagnostic să fie formulat exact și dacă medicul a făcut, în mod judicios și conștiincios, tot ceea ce era posibil, în raport de aceste condiții, pentru a trage concluziile cele mai corecte.

Soluționarea echitabilă, deontologică și juridică a cazurilor de responsabilitate în domeniul diagnosticului trebuie subiectivată euristic, avînd în vedere posibilitățile constructive de perfecționare a diagnosticului și tratamentului prin cunoașterea și recunoașterea erorilor și greșelilor medicale, a accidentelor și riscurilor legate de practica medicală.

10

DEONTOLOGIA RISCULUI MEDICAL

Cu toate posibilităţile tehnice pe care le înregistrează medicina, practica medicală conţine încă laturi neprevăzute, care se pot transforma în riscuri şi încărca pe medic cu responsabilităţi. Există un neprevăzut în cel mai exact diagnostic, ca şi în cea mai perfectă intervenţie chirurgicală, motiv pentru care, pentru a avea conştiinţa împăcată, medicul trebuie să concilieze permanent tehnica cu etica actului medical, să aibă conştiinţa limitelor şi puterilor proprii, conştiinţa riscurilor, greşelilor şi erorilor ce rezultă din imperfecţiunea medicinii, din reactivitatea bolnavului sau din inteligenţa şi caracterul său ca medic şi ca om.

Din punct de vedere filozofic, riscul se situează la limita dintre cunoaşterea previzibilă şi cea imprevizibilă, dintre certitudine şi incertitudine şi, implicit, dintre frică şi temeritate. Poate mai mult ca în alte domenii, în medicină riscul este mai frecvent întîlnit, fapt ce a făcut pe Gr. T. Popa să afirme, că viaţa calcă pe riscuri şi progresul se întemeiază pe jertfe, deoarece legea vieţii este evoluţia şi nu conservarea. Multe dintre descoperirile utile umanităţii au constituit momente de asumare a unor riscuri deosebite. Beneficiile aduse de Pasteur prin asumarea riscurilor vaccinului antirabic sau bilanţul efectelor utile ale penicilinei faţă de eşecurile sale constituie exemple care arată că fără risc progresul medical este imposibil.

Progresul medical înseamnă a face riscurile din ce în ce mai mici pentru bolnav sau a le accepta în interesul bolnavului. Acceptarea riscurilor previzibile constituie un act legitim în profesiunea medicală. Progresul medical înseamnă a diferenţia ştiinţific eroarea de greşeală şi

de risc, tocmai pentru a da conştiinţa puterilor şi limitelor medicului în efortul său profesional.

Literatura relevă mai multe categorii şi feluri de riscuri cu care medicul se poate confrunta. Riscurile pot fi previzibile sau imprevizibile şi, prin aceasta, conştiente sau inconştiente, justificate sau nejustificate. Riscul unui şoc anafilactic, de pildă, este deseori imprevizibil, inconştient. Medicul trebuie să tindă a calcula cît mai adecvat riscurile, şi, prin aceasta, a le face previzibile. Cînd este vorba de bolnav, şi cel mai mic risc trebuie avut în vedere şi evaluat. În activitatea medicului, totdeauna riscul oportun (calculat şi controlat) trebuie să evite pe cel inoportun (necontrolabil).

Sub aspect juridic, se remarcă riscuri susceptibile de o evaluare anticipată (de exemplu, pe bază de frecvenţă) şi riscuri imprevizibile, ce pot rezulta dintr-o situaţie de urgenţă, caz fortuit sau forţă majoră. Un risc va fi totdeauna legitim, conştient, acceptat şi deci justificat (ca în sport, ştiinţă şi drept), dacă îndeplineşte următoarele condiţii: salvează de la un pericol mai mare printr-un risc mai mic acceptat, pericolul este real, actual, iminent şi el nu poate fi evitat altfel, valoarea bunului supus riscului este mai mică decît efectul obţinut (cu excepţia vieţii, care e nepreţuită) şi pericolul evitat nu se datoreşte culpei autorului (cu excepţia, în anumite limite, a actului medical). *Mutatis mutandis*, va fi un risc legal, acceptat, de exemplu, în terapie, ori de cîte ori tratamentul se fundamentează pe datele ştiinţei şi pe practica medicală, scopul său îndreptăţeşte riscul asumat, şi anume salvarea vieţii sau îmbunătăţirea sănătăţii, scopul nu poate fi atins decît utilizînd acest risc şi există consimţămîntul bolnavului în faţa ineficacităţii unui tratament şi necesităţii adoptării altuia nou.

Aceste condiţii oferă imaginea unei tendinţe jurisprudenţiale de a obliga pe medic să acţioneze totdeauna conform datelor ştiinţei şi ca într-o stare de necesitate. Cine are beneficiul, trebuie să aibă şi riscurile (*Ubi emolumentum ibi onus*), spunea Saleilles, şi incriminarea riscului în cadrul acestor condiţii, în afara unei greşeli, ar duce la o incriminare absolută pe bază de răspundere obiectivă a lor, care ar determina la neacceptarea lor în practica medicală. Va fi un risc ilegitim, neacceptat, orice situaţie care nu răspunde condiţiilor de mai sus, cum ar fi riscul rezultat din încrederea exagerată în forţele proprii, din depăşirea competenţei etc.

Printr-o atitudine filozofică şi deontologică faţă de riscuri, medicul trebuie să evite în plus şi riscul decepţiei sale profesionale prin sentimentele de neputinţă ce îl încearcă în climatul dorinţei de a fi totdeauna util bolnavului şi colectivului, de a sluji pe alţii, într-un climat de entuziasm, curiozitate şi tensiune creatoare. Practica sa poate fi deseori o sursă de riscuri chiar pentru el însuşi, cum ar fi, de pildă, riscul de

periculozitate pe care îl aduce un bolnav psihic, al unor false acuzaţii sau al unor transferuri afective etc., dar, în faţa dificultăţilor şi dramatismului practicii sale, medicul trebuie să fie întotdeauna echilibrat, curajos în înfruntarea riscurilor şi în acelaşi timp prudent, pentru a le face utile.

Practica medicală comportă, în general, multiple riscuri, dar ele sînt mai frecvente în domeniul chirurgiei, explorărilor de laborator, în terapie etc.

Riscul chirurgical rezidă în faptul că chirurgia nu este numai ştiinţă, ci şi o artă, ce implică un element personal, chiar artizanal, care creşte răspunderea medicului Orice intervenţie chirurgicală depinde, în rezultatele ei pozitive, de boală, de amploarea intervenţiei, dotare, de calităţile şi experienţa echipei, de competenţa, conştiinciozitatea şi organizarea sa, dar ea prezintă şi elemente neprevăzute, riscante, care dau tensiunea permanentă a chirurgului. Asumarea acestor riscuri cu competenţă şi curaj permite creaţia chirurgicală utilă bolnavului, pentru că fără riscuri şi fără acceptarea lor atari intervenţii ar deveni standardizate şi ar priva chirurgia de progresul necesar.

Chirurgul se poate confrunta cu riscuri previzibile, greu de prevăzut sau greşit calculate, dar el nu trebuie să se lase tentat de propria sa securitate în detrimentul bolnavului, ci trebuie să cîntărească adecvat riscurile apropiate şi îndepărtate, utile sau inutile bolnavului, pentru a da certitudinea actului său.

Calcularea riscului chirurgical conduce la evitarea multor accidente, ea implicînd evaluarea ştiinţifică a terenului (a rezervelor cardio-pulmonare), a tehnicii şi dificultăţilor operatorii, a complicaţiilor preoperatorii (de exemplu, fibrilaţia ventriculară) sau a celor postoperatorii (infecţii, embolii, hemoragii).

Într-o intervenţie pentru stenoză mitrală, evaluarea factorilor de risc (Pop D. Popa, Burghele) implică cercetarea şi stabilirea următoarelor grade de risc: stenoza cu hipertensiune pulmonară mare şi orificiu sub 1,5 cm^2, stenoze valvulare strînse asociate cu stenoze subvalvulare, stenoze în inel valvular sudat şi calcificat, forme de stenoză cu tromboză atrială şi embolii în antecedente, forme de stenoze recidivate.

În tratamentul chirurgical al insuficienţei coronariene s-ar putea stabili de asemenea grade (clase) de risc: intervenţii cu risc bun, pe bolnavi între 40—60 de ani, cu crize anginoase fără infarct şi cu leziuni proximale la coronarografie, cu risc mediu la bolnavi cu infarcte în antecedente dar cu contracţie ventriculară bună, şi cu risc grav, la cei cu insuficienţă coronariană asociată cu leziuni valvulare, cu tulburări metabolice şi cu leziuni difuze la coronarografie.

Cazurile şi situaţiile s-ar putea multiplica.

Investigaţiile complimentare comportă de asemenea riscuri, chiar dacă sînt anodine sau particulare, şi în condiţiile în care trebuie să ofere maximum de informaţii medicale cu minimum de riscuri. Pentru evitarea riscurilor rezultate din investigaţii, medicul trebuie să le selecteze adecvat, să evite prejudiciile pe care le-ar putea aduce, dar să nu-i fie teamă de confruntarea cu ele, să le aplice după valoarea şi necesitatea lor pentru bolnav şi nu după principii standard. Efortul medicului de cunoaştere este de a reduce la maximum aceste riscuri, alături de riscurile naturale (tare genetice) sau create de om (accidente). Printr-o mai bună cunoaştere a lor, prin acumularea experienţei practice, prin perfecţionarea mijloacelor tehnice, prin justificarea acceptării lor înaintea oricărei aplicări, prin punerea permanentă în balanţă a avantajelor şi inconvenientelor lor, ele se reduc progresiv. Acelaşi lucru se obţine şi prin cunoaşterea şi respectarea mai corectă a indicaţiilor şi contraindicaţiilor, prin aplicarea lor gradată în raport de datele clinice şi starea bolnavului, prin considerarea lor ca examene de necesitate şi nu de rutină, efectuarea în condiţiile unei experienţe tehnice depline a medicului. Ele pot fi reduse şi prin intervenţia promptă şi combaterea lor în caz de apariţie, într-un context de prudenţă, căldură şi abnegaţie profesională. În acest fel investigaţiile ce pînă mai ieri erau riscante, devin astăzi mijloace utile de diagnostic, apropiindu-ne din ce în ce mai mult de adevăr.

Riscurile unui diagnostic greşit ţine, după cum am văzut, de cauze obiective (boală, bolnav, condiţii de lucru) sau subiective (medic). Lacunele în informare, examenele incomplete sau superficiale, incorecte sau însoţite de deducţii false, au generat întotdeauna riscuri pentru bolnav. Riscul greşelii de diagnostic rezidă şi în caracterul şi inteligenţa medicului. El persistă, de pildă, atunci cînd medicul tinde spre concluzii categorice, ignorează ipotezele şi criteriile de diagnostic diferenţial, sau verificarea diagnosticului rămîne tributară ideilor preconcepute, orgoliului sau vanităţii. Riscuri de diagnostic se pot produce şi prin atitudini etice inadecvate de fetişizare a tehnicii, neglijare a „profesiunii de credinţă", temerităţii nejustificate sau fricii de răspundere, delegării sarcinilor sau neîncrederii în forţele proprii. Franck spunea că atunci cînd era tînăr le era bolnavilor frică de el, iar astăzi, la sfîrşitul practicii sale medicale, îi este lui frică de bolnavi. Bolnavul nu este un obiect destinat a valorifica gloria medicului şi orice eşec trebuie să fie o sursă de regrete pentru medic şi o cale de îmbunătăţire a efortului său în interesul bolnavului.

Pentru înlăturarea riscurilor diagnostice, medicul trebuie să-şi cultive simţul clinic ca o aptitudine necesară evaluării complete şi corecte a unei stări de boală, pe baza studiilor teoretice, experienţei practice şi

justeței raționamentelor medicale, să accepte tehnica fără a-și înăbuși spiritul de observație și să evite a lua un diagnostic de-a gata de la alții.

În ce privește riscurile terapeutice, ele constituie o realitate chiar în condițiile creșterii eficacității medicațiilor. În aceste condiții aparent antinomice, de scădere a unor riscuri dar de apariție a altora, prin creșterea consumului de medicamente, medicul are datoria să cunoască din ce în ce mai bine factorii de risc terapeutic și să-i înlăture din orice act medical. Stăpînirea științifică a medicamentului, cunoașterea modului de administrare, a stării organismului, ca și a asocierilor periculoase, sînt numai cîțiva factori de risc cognoscibili și deci evitabili.

Orice intervenție terapeutică, medicală, și mai ales chirurgicală, poate prezenta un risc care ține de faptul că bolnavul, prin constituția și reactivitatea sa, poate interveni în generarea unor riscuri, că medicina nu se confundă totdeauna cu procedeele științelor pozitive, că nu toți medicii au același fler clinic, același spirit critic, intuiție și curaj. Oricum însă, acest risc se reduce substanțial printr-o bună pregătire a intervenției, prin executarea sa ireproșabilă și prin susținerea potențialului biologic al bolnavului. Dar, ori de cîte ori terapeutul va avea vreo îndoială rațională (*reasonable doubt*), el va trebui să-și facă îndoiala stenică și să intervină pentru a fi util bolnavului. Evaluînd judicios riscurile terapeutice și ghidat de conștiința faptului că trebuie să accepte orice risc care nu este mai mare pentru bolnav decît riscul abținerii, medicul va găsi într-o atare atitudine calea deontologică cea mai adecvată. Abținerea de la asumarea riscurilor prin incompetență, frică de răspundere sau prudență paralizantă, duce la creșterea greșelilor prin abstențiune și prejudiciază interesele bolnavului. Tot astfel, asumarea exagerată a riscurilor terapeutice prin intervenții abuzive constituie greșeli care pot prejudicia bolnavul și care pot deveni chiar juridice.

Situația de mai sus aduce în discuție o problemă esențială în materie de risc, și anume, evaluarea (posologia) sa, în scopul de a-l face cît mai util, social și uman. În evaluarea unor riscuri se are în vedere faptul că, așa cum incriminarea lor excesivă ar amputa inițiativa medicului prin frica de răspundere, tot așa aversiunea față de risc, frica față de el, ar fi paralizantă pentru inițiativa medicului. Un medic timorat, fie într-un sens, fie în altul, va reduce arsenalul terapeutic util bolnavului la proceduri simple și anodine, eludînd cazurile grele, dezafectînd raportul medic-bolnav de ceea ce el are mai valoros: conștiința datoriei profesionale integrale și încrederea nelimitată a bolnavului în medic.

Atitudinea față de riscuri, în conceptul responsabilității profesiunii medicale, nu se poate baza decît pe ideea de greșeală, care constituie, cum spunea Savatier, condiția libertății profesionale și grandoarea medicinii. Ideea de risc și ideea răspunderii față de el, bazată pe greșeală, constituie o confirmare a cuceririi unei libertăți profesionale autentice de

către societate și drept cu ajutorul instituției răspunderii. Acceptarea unor acte medicale neconsacrate și riscante față de pregătirea proprie și față de condițiile de lucru constituie un act de temeritate profesională, după cum, neasumarea riscurilor utile bolnavului, o greșeală gravă. Un medic cu vocație autentică trebuie să excludă orice temeritate inconștientă, să accepte riscurile utile bolnavului cu conștiința unei adevărate stări de necesitate și cu conștiința faptului că medicina însăși este o priză permanentă de riscuri. El trebuie să le confrunte util, prin scrupulozitate științifică, accepticism prudent și obiectivitate realistă, în scopul reducerii lor și a eșecurilor.

Pentru a transforma și aprecia un risc ca util bolnavului, ca acceptabil, criteriile de evaluare vor trebui să se bazeze pe puterea de a controla mijloacele clinice și tehnice prin raționamente riguroase, contenție și modestie profesională, prudență permanentă. Postulatul lui Koch oferă drept criteriu de evaluare și acceptare necesitatea ca riscul să nu prejudicieze libertatea individuală a bolnavului, să fie bazat pe știință și să fie compatibil cu umanismul social. Postulatul lui Hamburger oferă drept criteriu de evaluare și de acceptare a riscului necesitatea de a ne convinge că riscul acceptat este totdeauna inferior riscului evoluției spontane a bolii, în dorința de a adera la riscul minor pentru a îndepărta pe cel major și de a face ca riscul acțiunii să fie mai mic decît riscul bolii. În ambele postulate, criteriile de evaluare oferă libertatea profesională de alegere în condițiile respectului libertății individuale, evitarea disproporțiilor dintre riscurile acceptate și rezultatele lor, dorința de atenuare permanentă a riscurilor, care este însuși scopul medicinii. De aici decurge caracterul multidisciplinar al răspunderii medicului, în general, și față de riscuri, în special. Ori de cîte ori medicul ia toate măsurile de precauție prin discernămînt moral, riscul profesional devine tolerat, raportul dintre riscul intervenției și riscul abținerii fiind științific apreciat, acceptîndu-se regula proporționalității riscurilor, în virtutea căreia, în boli banale, de pildă, medicul nu va accepta riscuri deosebite sau nu va expune bolnavul la riscuri sigure pentru beneficii îndoielnice.

Poziția științifică față de evaluarea și acceptarea riscurilor este susținută de argumente deontologice, printre care competența în judecarea lor ponderată în interesul bolnavului, modestia în acceptarea lor și frînarea oricăror elanuri subiective în acest sens, contenția spirituală față de eșecurile riscurilor asumate și prudență maximă. Exercițiul nici unei alte profesiuni nu poate fi mai neconciliabil cu ambiția și ignoranța ca medicina. Față de progresul său multilateral, medicul poate fi în impas de cunoaștere în orice moment, dar ignoranța pe care nu o mărturisim și contra căreia nu luptăm devine imorală; de aceea avea dreptate Gosset cînd spunea că studentul care nu afectează tot timpul său instrucției medicale devine „un răufăcător potențial".

Criteriile de evaluare și acceptare a riscului în interesul bolnavului și al respectării libertății sale au readus în discuție și obligația consimțămîntului bolnavului față de riscurile cu care practica medicală îl confruntă. Cîmp al independenței medicului și bolnavului, nu numai privilegiu, ci și obligație a medicului și drept al bolnavului, consimțămîntul trebuie să exprime echilibrul dintre prevederea riscurilor și asumarea lor, dozarea adecvată a avertizării asupra riscurilor cu riscul avertizării excesive, evitarea impresiei de clarificare cu inducerea în eroare, ca și a clarificării excesive ce antrenează refuzul. Obținut într-un climat deontologic de evaluare științifică a riscurilor vitale față de cele terapeutice și în raport de psihologia bolnavului și considerînd faptul că adevărul nu poate fi dezvăluit total mai ales cînd viața bolnavului este în pericol, medicul va trebui să convingă, prin certitudinea mijloacelor și prin acceptarea comună a eforturilor, că se va exercita o medicină cu adevărat umană. Dimpotrivă, obținerea unui consimțămînt în condiții de incompetență sau șantaj moral constituie o ipocrizie profesională, bazată pe o practică medicală inumană.

În ce privește refuzul de asumare a unui risc util bolnavului, el va putea constitui o inacțiune culpabilă dacă a adus prejudicii, dacă s-a făcut cu vinovăție, și între elementele acestea exista o legătură cauzală. Răspunderea în materie de riscuri este o răspundere bazată pe greșeală, care, deci, nu abandonează greșeala drept criteriu de imputabilitate. Instituția greșelii, ca un criteriu de apreciere în răspundere, este absolut necesară libertății medicului în orice act medical, ca și în materie de riscuri, în sensul în care medicul nu va fi responsabil dacă s-a produs un prejudiciu într-o împrejurare medicală mai presus de voința sa și fără culpa sa. Dacă medicul nu va răspunde de ceea ce este inerent naturii umane, va răspunde în schimb de tot ceea ce întrunește condițiile greșelii medicale, și anume realizarea unui act medical prejudicial, ce nu se reproduce niciodată în condiții similare date. Dacă medicul face o greșeală pe care o recunoaște și o repară, fără a produce prejudicii, el nu va răspunde; la fel în situațiile de îndoială, cînd nu i se va imputa capacitatea sa profesională, ci nerespectarea regulilor de comportare profesională. Dificultatea separării prejudiciilor datorate riscurilor asumate de medic de cele datorate bolii, ca și lipsa unei relații totdeauna directe între gravitatea unei greșeli și consecințele sale (ca, de exemplu, intervenția pe un mare contuzionat abdominal cu uitarea unei meșe), relevă necesitatea unor criterii deontologice adevărate, bazate pe vocație și fraternitate just înțeleasă cu bolnavul și în interesul său. Căci, „în condițiile moderne, a fi medic înseamnă a te bate, a învinge, a te opune fără încetare, dar a te și expune aventurii și riscului furtunii și înfrîngerii. Înseamnă a accepta nesigurul, abisul, durerea pentru care trebuie curaj, ca și nenorocirea, iar în nenorocire singură conștiința contează."

DEONTOLOGIA ȘI PROFILAXIA RISCURILOR TERAPIEI MEDICAMENTOASE

Normele tehnice profesionale recomandă ca pentru prevenirea accidentelor medicamentoase să nu se aplice un tratament fără un examen medical prealabil, fără a se cunoaște metoda terapeutică, indicațiile, contraindicațiile și efectele sale, fără ca medicamentul să fie trecut în farmacopee și de uz oficial. Ori de cîte ori medicamentul pune viața sau sănătatea în pericol, medicul trebuie să dovedească deosebită prudență profesională pentru a nu vătăma în loc de a ajuta. Poate în nici un alt domeniu medical nu este atît de necesară conștiința limitelor unei proceduri, pentru a pune bolnavul la adăpost de eventuale riscuri, ca în domeniul terapiei medicamentoase. Medicul trebuie să concilieze permanent gîndirea sa morală cu tehnica medicală pentru a fi util bolnavului și pentru a evita unele riscuri legate de medicație.

Accidentele medicamentoase sînt un nou capitol de patologie. Ele se pot produce fie prin supradozare, fie prin intoleranță, dobîndită cel mai frecvent la medicamente complexe, care sînt și cele mai alergizante, sau la administrarea lor repetată, indiferent de doză. Substanțele de tipul serurilor, vaccinurilor, sulfamidelor, anestezicelor, iodului, hormonilor etc. sînt în măsură să producă accidente grave sau să determine apariția unei maladii iatrogene, fapt pentru care cineva spunea că nu este nevoie, în principal, decît de o singură condiție, și anume ca bolnavul să întîlnească un medic iatrogen. Este un adevăr acela că atît boala iatrogenă cît și intoleranțele sînt condiționate de factori ce se interpun între proprietățile medicamentului și reactivitatea organismului. Este suficient să precizăm că, de pildă, penicilina alergizează aproximativ 6% din populație, motiv pentru care cunoașterea epidemiologiei acestor accidente apare ca deosebit de utilă pentru profilaxie.

Se estimează că accidentele terapeutice se situează ca frecvență după bolile cardio-vasculare, cancer și accidentele de trafic. Ele sînt mai frecvente la femei, dar bărbații sînt de trei ori mai sensibili la unele medicații de tipul penicilinei. În ce privește numărul complicațiilor iatrogene, el crește odată cu numărul medicamentelor primite. Anual apar cca. 15 000 de medicamente noi, din care se estimează că doar 3% sînt utile, iar restul nu numai că sînt inutile, dar pot produce complicații ce constituie a 7-a cauză din solicitările de urgență. Mai mult, se vorbește astăzi de iatrogenoze chirurgicale (mixedem postoperator, tetanie postiroidectomie etc.), iatrogenoze prin reanimare (infecții stafilococice, micozice, tromboflebitice, urinare etc.) sau chiar de iatrogenoze de explorare și de spital, cum ar fi hepatita prin seringă. Boala iatrogenă este periculoasă pentru că poate duce la tanatoiatrogenie; de aceea se consideră că un

bolnav care vine la al doilea medic, trebuie suspectat dacă simptomele sale nu vin de la vreun medicament.

Cauzele iatrogenozelor constau în nepregătire şi nedocumentare privind medicaţia, în consult insuficient, raţionamente greşite şi lipsa reflexiilor de utilitate pentru bolnav, în credinţa că se aplică ceva nou şi că totdeauna acest nou este şi foarte bun, în depersonalizarea greşelii prin punerea accidentului pe seama medicamentului sau a reactivităţii bolnavului etc., încît rezultă că, pentru evitarea unui astfel de accident, bolnavul are de luptat cu doi factori, şi anume cu boala şi cu medicaţia.

Din punct de vedere patogenic, accidentele se pot datora supraîncărcării (streptomicina la anurici), susceptibilităţii alergice, pot fi secundare, ca de exemplu în cazul şocului prin liza microbilor de către antibiotice, sau pot fi genetice, dar cel mai frecvent sînt alergice. Deficitul genetic de catabolism al medicamentului, de exemplu, este cunoscut în cadrul succinilcolinei sau primachinei, care produc hemoliză prin deficit ereditar de glucozo-6-fosfat-dehidrogeneză; la fel, icterul hemolitic la analgetice — prin deficit ereditar de glucuroniltransferază. Pe lîngă sindroamele alergice la antibiotice, sînt cunoscute azi sindromul Hoigné, emboliile mecanice şi toxice în creier prin cristalele de 60 microni ce blochează vasele cerebrale, accident care a scăzut în momentul în care aceste cristale (mai ales de penicilină) au putut fi reduse la 20 microni.

Patogenia poate explica situaţii polare şi iatrogenice, printre care şi accidentele la făt ca afectarea auzului după tratament cu streptomicină, sau a smalţului dentar după tetraciclină sau apariţia insuficienţei suprarenale acute după administrarea de cortizon, a pseudohermafroditismelor — ce au crescut de şase ori după terapia cu progesteron —, a anomaliilor cromosomiale după contraceptive orale etc.

Există şi o morfologie a unora din aceste accidente, cum ar fi existenţa nodulilor histiocitari locali în sindromul Hoigné, hepatita citolitică după HIN, hepatita colostatică cu tromboze centrolobulare după largactil sau androgeni, microemboliile prin aglutinarea hematiilor în capilare şi cu leziuni ale endoteliilor după unele tratamente cu medicamente organice etc.

Analizînd 40 de accidente postmedicamentoase, tanatoiatrogenic, cauza morţii a constat, cel mai frecvent, în reacţii alergice de intoleranţă letală, supradozaje, şoc toxemic secundar prin necroză locală, inhibiţie reflexă sau potenţarea acţiunii medicamentului prin alt toxic. Cel mai des a fost vorba de şocuri anafilactice prin sero- şi vaccinoterapie, antibiotice şi novocaină, fiind incriminate serul antitetanic, antirabic, vaccinul polimicrobian, antidifteric sau TAB, omnadinul, vitamina B_1 şi C, penicilina şi novocaina, xilina sau ocitocicele. Accidentele prin supradozare au fost mai numeroase, într-un caz depăşindu-se de 30 de ori doza terapeutică de colchicină sau de 5 ori doza de percaină. Inhi-

biţia reflexă a fost reţinută într-un caz de accident la primele picături de kelen, iar şocul toxemic, după o necroză tisulară lombară consecutivă infiltraţiei cu novocaină şi alcool etilic. Potenţarea medicamentului de către toxice s-a referit la administrarea de insulină şi alcool sau ant-alcool cu alcool. Literatura citează, în cadrul acţiunii de farmacovigilenţă, nenumărate cazuri de confuzii terapeutice, cum ar fi de pildă apă oxigenată în loc de ser fiziologic, clorură de bariu în loc de sulfat de bariu pentru radioscopii, cocaină sau cloramină în loc de galactoză în proba hepatică, sulfat de magneziu sau clorură de K în loc de glucoză, rezorcină în loc de ceai, fluorură de sodiu în loc de sare amară, necroze esofagiene după injecţii cu clorură de zinc în loc de novocaină pentru amigdalectomie, ulcere gastroduodenale după fenacetină, pancreatite acute după diuretice de tipul clorotiazidei, care inhibă secreţia de insulină şi produce tulburări hidroelectrolitice, pelagră medicamentoasă prin sulfamide sau HIN, ce produce carenţe polivitaminice, accidente letale la substanţele triiodate folosite la colecistografii, mai ales la pacienţii cu deficite hepatorenale etc.

Profilaxia accidentelor menţionate implică, din partea medicului, nu numai cunoaşterea precisă a bolnavului, bolii, medicamentului şi metodei terapeutice, ci şi respectarea unor reguli deontologice, care trebuie să facă medicaţia exclusiv utilă bolnavului şi să evite la maximum situaţiile dificile întîlnite în intoleranţele medicamentoase. Respectarea acestor reguli devine o necesitate, cu atît mai mult cu cît progresele ştiinţifice fac astăzi din ce în ce mai dificilă justificarea unui eşec.

O primă necesitate deontologică în evitarea acestor accidente este aceea ca medicul să dovedească competenţă faţă de mijloacele terapeutice avute la îndemînă, mai ales astăzi cînd, aşa cum spunea Hamburger, masa cunoştinţelor medicale a depăşit brusc capacitatea de comprehensiune şi memorizare a medicului şi a făcut mai utilă ca oricînd necesitatea sintezelor terapeutice.

Medicul trebuie, apoi, să ofere totdeauna îngrijiri conştiincioase, atente, şi în afara situaţiilor excepţionale, conform datelor cîştigate şi verificate ale ştiinţei. În virtutea acestui fapt, el trebuie să facă în aşa fel ca diagnosticul considerat să devină un fapt pozitiv şi util bolnavului, şi să tindă a transforma accidentele imprevizibile în accidente previzibile, să calculeze totdeauna riscurile în raport cu evoluţia bolii. De asemenea, medicul va fi atent la greşelile evitabile în terapie, printre care citäm: necunoaşterea prealabilă a diagnosticului, necunoaşterea medicamentului, lipsa consimţămîntului pentru terapiile riscante, nesupravegherea bolnavului etc. O serie de norme tehnice care depăşesc cadrul posibilităţilor de prezentare vor trebui să dea suport atitudinii şi conştiinţei sale morale. Astfel, evitarea abuzivă a antibioticelor, iodului, anesteziceior locale, fenotiazinelor, extractelor de organe etc. la cei alergici, evitarea asocie-

rilor periculoase dintre anestezice, cardioterapice şi diuretice (de exemplu, digitala cu chinidina), utilizarea substanţelor de contrast cu ultimă etapă de explorare şi supravegherea bolnavului minimum 20 de minute după aceea, utilizarea premedicaţiei şi antihistaminicelor, evitarea polipragmaziei, necesitatea stabilirii indicaţiilor şi contraindicaţiilor etc., sînt cîteva din aceste reguli tehnice elementare.

În ceea ce priveşte atitudinea de responsabilitate juridică în accidentele terapeutice, în vederea stabilirii unor criterii univoce de apreciere a acesteia, se va reconstitui evoluţia accidentului iatrogen după datele clinice, morfologice, biochimice, enzimatice sau toxicologice, în raport de particularităţile de răspuns ale organismului şi într-un context patogenic clar. Între accidentele prin deficit genetic de catabolism şi cele de intoleranţă alergică, criteriile de responsabilitate vor rezulta din integrarea efectului într-un mecanism patogenic, în scopul reconstituirii dinamice a accidentului, în care, cunoaşterea terenului premorbid trebuie să fie esenţială. Un examen morfologic poate diferenţia leziunile preexistente de cele cvasispecifice determinate de medicament (consecutive tulburărilor hemodinamice din şocul anafilactic), pentru a ne asigura că efectul aparţine medicamentului şi nu a coincis cu efectele unor alte boli, complicaţii sau sindroame.

Stabilirea imputabilităţii unui accident rezultă din respectarea sau nerespectarea indicaţiilor şi contraindicaţiilor medicaţiei pentru boala şi starea premorbidă a bolnavului. Medicul are sarcina de a face profilaxia accidentelor prin evaluarea ştiinţifică a riscurilor între riscul de gradul I de administrare a unui medicament minor la un bolnav netarat pînă la riscul de gradul 7 de administrare a unui medicament cu riscuri majore la un bolnav cu tare organice. Cu cît cresc riscurile medicale, cu atît cresc şi riscurile etice pentru medic, deoarece, crescînd puterea ştiinţei şi a medicului, creşte şi răspunderea sa. De la principiul lui *primum non nocere* s-a trecut astăzi la o nuanţare a mărimilor riscurilor, medicul acceptînd riscurile calculate, previzibile, în care intervenţia poate constitui o ultimă şansă, riscul evoluţiei bolii fiind mai mare decît al terapiei.

O altă problemă legată de stabilirea măsurii imputabilităţii este posibilitatea prevenirii alergiei prin diferitele metode cunoscute. Există numeroase teste la dispoziţia medicului, printre care testul de degranulare a eozinofilelor al lui Shelley, de transformare limfoblastică al lui Halpern, dar cea mai importantă este anamneza, care va trebui extinsă şi asupra accidentelor familiale privind intoleranţele farmacogenetice. Ori de cîte ori din antecedente va rezulta vreo intoleranţă alergică la vreun medicament, indiferent de forma sa clinică, medicul va trebui să evite administrarea sa. Mai mult, orice reacţie pozitivă la un test va contraindica medicamentul, numai în felul acesta testul avînd valoare de acoperire

judiciară. Ori de cîte ori testul este recomandat de firma producătoare sau de practica medicală, el va trebui făcut, deoarece responsabilitatea va fi cu atît mai evidentă, cu cît accidentul era mai previzibil.

Criteriologia medico-legală, care tinde să coreleze permanent concretul biologic cu abstractul juridic, arată că atitudinea faţă de atari responsabilităţi se include în acţiunea medicului de participare generală la marile probleme ale medicinii, ea trebuind să ţină cont de toate circumstanţele cazului.

În discuţia despre responsabilităţi trebuie să se recurgă şi la o gradare a acestora după următoarele situaţii:

— situaţii de necesitate, în care administrarea medicamentului apare ca absolută faţă de riscul vital al bolii; necesitatea determină acceptarea riscului medical în faţa riscului vital al bolii. În acest caz, medicul nu va răspunde de accident, ci numai de eventualele greşeli care au generat riscul;

— situaţii în care riscul previzibil este în realitate relaţia dintre prudenţa medicului, securitatea bolnavului şi orice neglijare culpabilă a sa. În virtutea previzibilităţii riscului, medicul trebuie să accepte totdeauna riscul minor al terapiei pentru a îndepărta riscul major al bolii;

— situaţii în care riscurile sînt greu de evaluat dar constituie ultimele şanse terapeutice; în acest caz logica medico-legală obligă ca, în eventualitatea unei îndoieli profesionale, medicul să acţioneze în sens util bolnavului, deoarece, în caz de eşec, această îndoială disculpă;

— situaţia riscurilor imprevizibile, în care însuşi caracterul lor înlătură orice angajare de responsabilitate.

În acest mod, chiar şi în cazul accidentelor medicamentoase, responsabilitatea, deşi are un conţinut etico-juridic, se stabileşte prin mijloace tehnice şi deontologice, în scopul de a nu trece asupra medicului responsabilităţi excesive, care ar creşte numărul riscurilor pentru bolnav şi ar duce la mentalitatea unei diluări a responsabilităţii prin frica de răspundere, acoperirea cu dosare etc. Responsabilitatea va fi totdeauna individuală, chiar şi în condiţiile muncii de echipă. Astfel, deontologia accidentului medicamentos se înscrie util în efortul centrelor de farmacovigilenţă, în semnalarea şi prevenirea efectelor nedorite ale medicamentelor.

11

RESPONSABILITATEA ÎN DIFERITE DOMENII ALE PRACTICII MEDICALE

RESPONSABILITATEA ÎN CHIRURGIE

Mai mult ca orice alte domenii de practică medicală, chirurgia este nu atît un mod de lucru, cît un domeniu de responsabilitate (Moore). Actul chirurgical implică, în cel mai înalt grad, o judecată logică pentru un diagnostic corect, o capacitate de decizie promptă față de mijloacele terapeutice, un dialog permanent cu bolnavul, ce poate lua forme deosebit de subtile, ca în cazul consimțămîntului, și o capacitate de acțiune promptă impusă de tehnica operatorie.

Cu tot progresul tehnic înregistrat, intervențiile chirurgicale pot prezenta însă elemente de risc și necunoscut, determinate de reactivitatea bolnavului, de temperamentul medicului, de informațiile și capacitatea sa de sinteză, de experiența și condițiile sale de lucru etc. Elemente de neprevăzut conține însăși medicina, care nu totdeauna permite conduite similare și în care curajul și flerul medicului conferă actului medical un caracter specific, personal. Sub acest aspect, sînt cunoscute eșecurile în unele cazuri banale, după cum e cunoscută și evoluția favorabilă a cazurilor grave, care pun chirurgul în fața unei permanente tensiuni profesionale, în fața unei permanente răspunderi de conștiință față de limitele medicinii și puterile medicului în condițiile riscurilor medicale actuale.

Neglijarea psihologiei bolnavului în chirurgie poate devaloriza de asemenea actul chirurgical. Gh. Ionescu atrăgea atenția asupra faptului că chirurgul nu trebuie să fie numai un tehnician desăvîrșit, ci și un judecător ce decide și un frate atotputernic, care preia suferința și temerile

bolnavului. De aceea el e văzut ca puternic, ferm, sigur pe sine și nicidecum, cum spunea K. Schneider, ca manipulînd un obiect fără a fi jenat de mișcarea afectivă ce ar rezulta din identificarea cu o ființă umană.

Chirurgul deține o responsabilitate și față de echipă, atît în ce privește pregătirea preoperatorie, cît și actul intraoperator și supravegherea postoperatorie. Dar responsabilitatea sa maximă rezidă, firește, în gravitatea actului chirurgical și în evaluarea adecvată a riscurilor operatorii.

Chirurgia, ca domeniu de responsabilități autentice, implică o deosebită conștiință morală, efort fizic și tensiune psihică permanentă pentru a răspunde demn „omagiului adus de bolnav chirurgului, prin faptul că îi încredințează viața".

Dar, ori de cîte ori, în cadrul practicii chirurgicale, „se înfrînge grija rațional așteptată" din partea chirurgului, ori de cîte ori se înfrînge o regulă profesională în condițiile libertății chirurgicale de a decide și alege, putem să ne aflăm în fața unei răspunderi morale sau juridice, care, statuată pe baza criteriilor expuse, trebuie să constituie un factor de progres chirurgical.

În chirurgie, se cunosc responsabilități antrenate pentru erori de normă din culpa chirurgului, cum ar fi lipsa experienței chirurgicale, omisiunea unei anamneze complete, omisiunea unor examene de rutină, evaluarea inexactă a rezultatelor explorărilor, observarea insuficientă a bolii, neobținerea unui consimțămînt pentru intervenții riscante (*volenti non fit injuria*) etc.

Se cunosc apoi imputabilități după principiul *res ipsa loquitur* pentru intervenții în caz de ebrietate, abandonul bolnavului, uitarea de meșe sau instrumente în cavități, intervenții greșite, sterilizare insuficientă, utilizarea de medicamente contraindicate, aplicarea de inovații necunoscute, refuzul asistenței etc.

Se cunosc imputabilități și greșeli profesionale pentru depășirea competenței în afara stărilor de necesitate, pentru neintervenirea de urgență, necunoașterea stării generale în vederea anesteziei, insuficiența pregătirilor preoperatorii, neglijarea eventualelor accidente chirurgicale, diagnosticul preoperator greșit etc.

În funcție de specialitatea medicului, în condițiile sale de lucru și considerînd interesul său uman și profesional pentru bolnav, unui medic i se pot imputa sau, dimpotrivă, poate fi apărat de eventuale eșecuri profesionale. Astfel, în cazul unui medic de circumscripție care urmărește corect și cu abnegație un copil suferind un traumatism în regiunea hipocondrului stîng, copil care după cîteva zile face brusc o stare de colaps și decedează în timpul actului operator, acuzația nediagnosticării la timp a unei rupturi de splină, diagnostic care ar fi salvat copilul, a fost respinsă, dificultățile unui diagnostic de ruptură de splină în doi timpi fiind cunoscute în cele mai dotate unități.

Legat de activitatea chirurgului se discută din ce în ce mai mult despre activitatea anestezistului, care are o sarcină deosebită în neutralizarea sau diminuarea agresiunii chirurgicale, permiţînd o chirurgie nelimitată în timp, precisă şi chiar curajoasă, în interesul bolnavului.

Responsabilitatea anestezistului a fost angajată ca urmare a cazurilor de incorectitudine a premedicaţiei, de leziuni ale corzilor vocale în intubaţii, de sechele anestezice şi greşeli de transfuzii, de lipsă a investigaţiei complementare, de evaluare inadecvată a riscurilor anestezice (din cele 1% accidente la endoscopii, 1/5 fiind letale), prin greşeli de anestezie care au dus la deces.

Anestezistul este responsabil deci pentru corectitudinea ştiinţifică a indicaţiilor explorărilor. Riscurile vor trebui să fie inferioare beneficiului diagnostic al metodei utilizate şi ori de cîte ori prognosticul vital depinde de o atare investigaţie, ea va trebui făcută fără frica responsabilităţii. Anestezistul va răspunde apoi de explorarea însăşi, fiind obligat să stăpînească bine tehnica, să cunoască eventualele pericole şi să le evite. În acest scop, el va trebui să acţioneze cu îndemînare, blîndeţe şi fermitate. În sfîrşit, după explorările efectuate, anestezistul răspunde de supravegherea adecvată a bolnavului.

Responsabilitatea în transfuzii s-a constituit ca urmare a greşelilor biologice de laborator, greşelilor în prescrierea transfuziilor, ca şi greşelilor din partea celui care execută transfuzia şi care are obligaţia probei de compatibilitate pretransfuzională. Ca şi în celelalte domenii, într-un accident posttransfuzional, medicul va trebui să acţioneze rapid, în raport de cunoştinţele sale, de posibilităţile sale tehnice şi cu tot simţul său de abnegaţie pentru om. Statutul deontologic prevede ca transfuzia să se facă de către medic sau sub supravegherea sa, această prevedere fiind un criteriu în partajarea responsabilităţii.

Activitatea chirurgului desfăşurîndu-se astăzi în echipă, s-a pus, ca atare, şi problema responsabilităţii acesteia. S-a considerat că activitatea de echipă şi răspunderea colectivă ar aduce o diluţie a responsabilităţii, o depersonalizare a relaţiei medicului cu bolnavul, o transformare a răspunderii într-un act impersonal. Chiar în condiţiile în care bolnavul ignoră echipa, munca în colectiv a medicilor nu mai poate fi astăzi înlăturată. Există o deontologie a muncii de echipă. Echipa trebuie să constituie o comuniune de idei şi interese profesionale. Atmosfera etică adecvată în echipă o creează şeful ei, care va trebui să posede calităţi potrivite, de tipul competenţei, concepţiei înaintate despre viaţă şi profesiune, receptivităţii la opiniile altora, plasticităţii intelectuale, sensibilităţii la suferinţa umană şi faţă de regulile deontologice.

Se admite că responsabilitatea echipei de intervenţie chirurgicală este partajată, a chirurgului şi anestezistului, sau chiar a două echipe care operează concomitent, ca, de exemplu, una care operează abdominal

şi alta care operează perineal, în cancerul rectal. S-a susţinut apoi că responsabilitatea echipei este generală, *in solidum*, toţi fiind responsabili în mod solidar. În sfîrşit, s-a susţinut că responsabilitatea echipei este unică, a şefului de echipă (a chirurgului), care va răspunde de greşelile colaboratorilor şi care trebuie să fie cunoscător în toate actele echipei (anestezie, reanimare etc.).

Ortopedia, ca şi celelalte specialităţi chirurgicale, este şi ea un domeniu de responsabilităţi; chiar dacă eşecurile sînt rareori vitale, ele sînt greu de acceptat de către bolnav. Ca şi în celelalte situaţii, se va face proba prejudiciului, a greşelii şi relaţiei cauzale dintre ele. Rigiditatea şi caracterul abstract al dreptului se vor modula şi adapta realităţilor concrete medicale, plecînd de la principiul apărării de către lege a integrităţii fizice a persoanei. Răspunderea se angajează în aceleaşi condiţii, de incompetenţă sau de depăşire a competenţei, de neglijenţă etc.

Probleme importante asupra responsabilităţii ridică chirurgia transplantelor, care vizează, sub aspect etic, păstrarea unei valori superioare, cum este viaţa.

Drepturile persoanei asupra corpului său fiind absolute, imprescriptibile, netransmisibile şi nesusceptibile de exercitare pe cale de reprezentare, un ţesut sau organ nu poate fi donat decît în anumite condiţii. Astfel, în viaţă fiind, un om nu poate dona decît ţesuturi, iar organele numai după moarte. Pentru receptori trebuie să existe o stare de necesitate, iar donatorul trebuie să consimtă valabil, consimţămîntul fiind valabil dacă nu vatămă sănătatea.

RESPONSABILITATEA MEDICALĂ ÎN OBSTETRICĂ ŞI GINECOLOGIE

Responsabilitatea medicului în asistenţa femeii gravide sau suferinde priveşte atribuţiile sale profesionale în timpul graviditătii (depistarea sarcinii, evoluţia sa, sfatul genetic, controlul prenatal etc.), în momentul naşterii, cînd un act fiziologic, cum este naşterea, poate conduce la complicaţii severe (prognosticul naşterii, conduita la naştere, accidentele naşterii sub formă de rupturi, atonii uterine etc.), faţă de nou-născut, care trebuie supravegheat adecvat, cît şi în probleme de avort.

Responsabilitatea medicului începe, deci, aici, de la cuplul conjugal, cu problemele sterilităţii şi fertilităţii, şi se termină cu lăuzia, perioadă în care, de asemenea, pot apărea complicaţii faţă de care este necesară o conduită etică.

În situaţia riscului de naştere a unui copil cu suferinţe ereditare, medicul are obligaţia de a prezenta cuplului toate consecinţele şi chiar de

a le estima statistic, dar, în final, cuplul va fi acel care va hotărî asupra evoluției sau întreruperii sarcinii.

În timpul sarcinii, medicul poate răspunde pentru urmărirea incorectă a gravidei, pentru administrarea de medicamente neindicate (experiența thalidomidei o confirmă), pentru eventuale accidente care pot surveni în timpul sarcinii. Astfel, este cunoscută confuzia lui Sculy dintre un sarcom de ligament larg pe o sarcină în luna a IV-a ce a dus la o peritonită postoperatorie cu exitus și a fost considerată drept o eroare de fapt.

Medicul poate fi confruntat cu solicitări de asistență de urgență pentru accidente survenite în timpul sarcinii, la care va trebui să răspundă necondiționat.

Medicul se poate confrunta, de asemenea, cu probleme dificile de avort spontan sau provocat, față de care trebuie să aibă o atitudine etică adecvată. Este categoric oprită încălcarea legii și provocarea unui avort delictual. În aceste condiții, medicul va trebui să aibă o atitudine etică și umană deosebită față de păstrarea produsului de concepție, o atitudine activă de menținere a sarcinii, prin depistarea oricărui avort provocat ce duce la eticheta eronată de avort spontan, prin efectuarea avortului terapeutic în condiții precis stipulate de lege.

Încă din cele mai vechi timpuri se consideră că embrionul are o viață independentă, este un „eu uman", faptul constituind argumentul principal în prohibirea avortului. Aristotel spunea că embrionul posedă o viață vegetativă, apoi senzitivă, iar după 40 de zile, pentru embrionul de sex masculin, și 80 de zile pentru cel feminin, el posedă suflet. Aceasta era și concepția lui Hipocrate, care interzicea avortul „deoarece fătul este animat și format".

Medicul va trebui să respecte cu strictețe indicațiile terapeutice (medicale), sociale (mamă cu 4 copii), genetice (părinții cu suferințe ereditare) sau juridice (viol, incest) ale avortului. El trebuie să respecte dreptul la existență, la viață a mamei, chiar dacă prin cunoștințe, vîrstă, situație familială etc. femeile se comportă diferit în fața concepției și sarcinii. Medicul trebuie să respecte, de asemenea, responsabilitatea partajată a cuplului față de concepție. Indiferent de mentalitatea cuplurilor, medicul are datoria să găsească întotdeauna cele mai științifice și etice căi de a echilibra ceea ce este intim cu ceea ce este genreal, pentru a susține efortul demografic al colectivității.

Declarația de la Oslo a celei de a 24-a Adunări a Asociației Medicale din 1957 conține tocmai un astfel de impuls moral, mai ales față de avortul terapeutic:

„1. Principalul principiu moral impus medicului este respectul pentru viața omenească, așa cum este el exprimat în declarația de la Geneva:

«voi menține cel mai mare respect pentru viața omenească din momentul conceperii ei».

2. Împrejurările care duc la un conflict între interesele vitale ale mamei și interesele vitale ale copilului nenăscut crează o dilemă ce ridică problema dacă nu cumva este necesar ca starea de graviditate să fie terminată în mod deliberat.

3. Diversitatea răspunsurilor la această situație rezultă din diversitatea atitudinilor față de viața copilului nenăscut. Aceasta este o problemă de convingere și conștiință individuală care trebuie respectată.

4. Nu este rolul profesiunii medicale de a determina atitudinea și legile vreunui stat sau comunități particulare în această problemă, dar este de datoria noastră să asigurăm protecția pacienților noștri și să protejăm drepturile medicului în societate.

5. De aceea, acolo unde legea permite realizarea avortului terapeutic sau unde legislația este preconizată în acest scop, și aceasta nu este împotriva politicii Asociației Medicale Naționale, sînt valabile următoarele principii:

— avortul să fie efectuat numai ca o măsură terapeutică;

— decizia de a termina starea de graviditate să fie în mod normal aprobată în scris de cel puțin doi medici aleși după competența profesională;

— procedura să fie realizată de un medic competent, conform premiselor aprobate de autoritatea legitimă.

6. Dacă medicul, potrivit convingerilor sale, nu-și îngăduie să sfătuiască în privința unui avort sau să efectueze un avort, el se poate retrage, atît timp cît asigură continuarea îngrijirii medicale de către un coleg calificat."

În asistența la naștere pot surveni accidente care încarcă pe medic de responsabilitate. Constituie urgențe de prim ordin nedecolarea placentei, hemoragia prin inerție uterină, rupturile uterine determinate de un prognostic de naștere incorect stabilit sau de abuzul de ocitocice, infecțiile puerperale etc. Există, în general, o frică nejustificată față de aceste mari urgențe, care, tocmai din acest motiv încarcă medicul de responsabilități. Un accident survenit în aceste condiții de stare de necesitate și efort profesional nu va fi imputabil.

Medicul obstetrician își mai poate angaja responsabilitatea și față de un diagnostic de sex corect la naștere, față de insemninație artificială, față de schimbul de copii în maternități, față de indicațiile unei ligaturi de trompe, ale unei himenorafii etc. Totdeauna, înainte de a îndeplini un gest profesional și uman, el va trebui să se asigure de claritatea situației din punct de vedere legal și social, să se asigure că fapta sa profesională nu este solicitată să ascundă o infracțiune, să se asigure de contextul deontologic de lucru.

RESPONSABILITATEA ÎN PSIHIATRIE

Activitatea psihiatrică prezintă, de asemenea, multiple probleme de responsabilitate deontologică sau juridică, începînd de la internarea mai mult sau mai puţin de necesitate a unui bolnav psihic în spital şi pînă la tratarea acestuia.

Internarea unui bolnav psihic periculos trebuie să se facă în condiţiile legii, pentru a nu se lăsa impresia că medicul, prin internarea şi tratarea obligatorie, suprimă arbitrar libertatea individuală a persoanei. În condiţii legale, vor fi consideraţi periculoşi bolnavii care pun în pericol viaţa şi sănătatea lor şi a altora, cei care tulbură în mod repetat şi grav condiţiile de viaţă ale unui microgrup sau ale societăţii (aprecierea fiind făcută de către organele de stat), ca şi cei care pot comite în orice moment fapte penale şi, ca atare, este necesară profilaxia lor.

Medicul psihiatru răspunde de mijloacele de protecţie asigurate bolnavului în spital, de tratamentele efectuate în spital, şi mai ales de cele riscante (şoc convulsivant, terapii stresante etc.), ca şi de profilaxia sinuciderilor sau crimelor comise de bolnavii psihici iresponsabili. Avînd în vedere rolul victimei, bolii şi nesupravegherii bolnavului, deseori responsabilitatea se partajează. În situaţia în care bolnavul este iresponsabil şi comite un act antisocial, s-a mers pînă la propunerea socializării riscurilor şi suportarea lor de colectivitate, dacă se înlătură orice greşeală din partea celor obligaţi la tratament şi supraveghere. Astfel, în evadări din spital, răspunderea poate fi a spitalului, prin reprezentanţii săi, sau a întregului colectiv pentru orice încălcare a condiţiilor de pază.

RESPONSABILITATEA PEDIATRULUI

Pediatria, pe lîngă specificul său profesional şi psihologic de lucru, poate angaja răspunderea medicului pentru acţiunile de educaţie sanitară în scopul creşterii adecvate a copiilor, climatului moral şi afectiv necesar formării lor, susţinerii randamentului şcolar, acţiunilor de combatere a mortalităţii infantile etc. Eforturile sale trebuie să se adreseze cu precădere profilaxiei îmbolnăvirilor la copil, ca şi profilaxiei morţii subite, care, în copilărie, constituie un lucru nefiresc. Astfel, pediatrul îşi poate angaja răspunderea pentru neefectuarea unei vaccinări sau nerespectarea contraindicaţiilor, pentru condiţiile de tratament şi alimentaţie artificială la care este supus un copil bolnav, pentru unele tulburări de comportament ale copilăriei, ca şi pentru scutirile acordate de complezenţă. Totalitatea circumstanţelor de responsabilitate întîlnite în medicina adultului se pot întîlni deopotrivă şi în pediatrie.

RESPONSABILITATEA MEDICULUI ÎN ACTIVITATEA PROFILACTICĂ

Ca şi în medicina curativă, medicina profilactică pune probleme de responsabilitate, raportate mai frecvent la supravegherea alimentaţiei colective, nedepistarea unor afecţiuni infecţioase sau care contraindică unele activităţi sociale (sector alimentar), asigurarea condiţiilor materiale în vederea prevenirii şi tratării unor afecţiuni profesionale sau evitarea riscurilor de contaminare colectivă de către unii bolnavi cu tuberculoză sau boli infectocontagioase nedepistate la timp.

Cum programele de sănătate prevăd vaccinarea a 70% din populaţie pentru înlăturarea eventualelor riscuri epidemice, cîteva precizări deontologice, pendinte de aceasta, sînt absolut necesare.

O primă necesitate în aplicarea oricărei vaccinări este aceea ca medicul să evalueze corect riscurile bolii posibile faţă de riscurile date de tratamentul preventiv, deşi accidentul postvaccinal este deseori inevitabil şi imprevizibil. Excesul de prudenţă al medicului nu trebuie să devină inacţiune şi de aceea adoptarea unor criterii de calcul al riscului este în interesul bolnavului. De regulă, vaccinarea se va face ori de cîte ori este necesar, pentru că accidentele alergice sînt mult mai rare decît riscul îmbolnăvirii şi ca atare, neimputabile.

Vaccinarea se poate refuza doar în caz de contraindicaţii temporare (infecţii, traumatisme, diabet, tuberculoză), de contraindicaţii definitive (afecţiuni sanguine maligne), ca şi atunci cînd va fi dictată de particularităţile unor vaccinuri. Afecţiunile alergice constituie doar o pseudocontraindicaţie pentru vaccinare. Vor constitui greşeli de precauţie situaţiile de nerespectare a contraindicaţiilor, efectuarea unor examene clinice defectuoase, ignorarea explorărilor de laborator, ca de exemplu dozarea albuminei sau glucozei în urină.

Vaccinarea antitetanică va trebui aplicată pentru orice plăgi chirurgicale banale, dar mai ales cu corpi străini, plăgi la picioare; ori de cîte ori vaccinarea este incertă, se va face anatoxină, iar în caz de alergie se va proceda la desensibilizare. Melnotte spunea că vaccinarea nu poate fi asimilată cu un gest de rutină, ci ea este un act medical veritabil, care implică experienţă, rigurozitate tehnică, supraveghere şi control al evoluţiei.

RESPONSABILITATEA ÎN STOMATOLOGIE

Ca şi în celelalte specialităţi medicale, răspunderea stomatologului nu constituie o situaţie specială, ci numai o particularizare a deontologiei medicale la profesiunea stomatologică. În stomatologie, responsabilitatea este delictuală şi în mod excepţional contractuală. Medicul trebuie să

se consulte cu propriile sale simţuri, să aplice tehnicile cele mai corespunzătoare, să lucreze conştiincios, să revadă bolnavul ori de cîte ori este necesar etc., orice încălcare a acestor obligaţii deontologice putînd angaja responsabilitatea sa. Stomatologul, ca orice alt medic, are o obligaţie în raport cu mijloacele şi numai în chirurgia estetică sau în protetica dentară, o obligaţie de rezultat. În aceste condiţii, se cunosc cazuri de imputabilitate etică sau juridică pentru omisiunea asepsiei sau a examenelor radiologice, pentru interpretarea greşită a unor explorări, pentru efectuarea de tratamente neindicate, pentru scoaterea unor dinţi sănătoşi, pentru fracturarea maxilarului, ca şi pentru producerea de necroze şi osteite, pentru neavertizarea despre riscuri sau neefectuarea de lucrări adecvate.

RESPONSABILITATEA FARMACISTULUI

Farmacistului îi revin responsabilităţi proprii, dar derivate din principiile generale ale deontologiei medicale. Astfel, farmacistul răspunde pentru calitatea preparării medicamentelor, ca şi pentru modul lor de eliberare, ce trebuie să se facă întotdeauna numai pe bază de reţetă; răspunde pentru modul legal de eliberare a medicamentelor pe bază de reţetă cu timbru sec şi are obligaţia de a depista orice formulări greşite în reţete. Orice greşeală de doză sau de substituire de medicamente trebuie rezolvată conform codului deontologic, şi anume de a lua legătura cu medicul, iar dacă nu este posibil şi eliberarea medicamentului nu comportă întîrzieri, de a face modificarea necesară, pe propria sa răspundere, informînd ulterior medicul. Practica relevă situaţii de responsabilitate a farmacistului pentru prepararea de medicamente în doze greşite (azotat de argint, colchicină etc.), pentru substituirea medicamentelor sau eliberarea de medicamente expirate, pentru neobservarea unei greşeli în reţetă etc.

RESPONSABILITATEA MEDICULUI CA EXPERT

În împrejurările în care orice medic este solicitat ca expert, el este dator să urmărească adevărul şi imparţialitatea, plasîndu-se simultan în poziţia de medic, de om şi chiar de jurist. Se spune că expertul este un profesionist ce a cîştigat o mare abilitate într-un domeniu oarecare (*expertus peritus* echivalînd cu un expert abil, cu „a experimenta") şi în virtutea acestei definiţii el este obligat să ia toate măsurile pentru a nu se înşela. Poziţia de medic expert cere competenţă deosebită, afirmare morală, rigoare intelectuală, pentru a fi o garanţie atît pentru societate, cît şi pentru justiţie sau pentru ceilalţi medici. Dealtfel expertul devine

un mandatar al societăţii sau justiţiei care se ocupă în aceleaşi condiţii deontologice de om, însă de om ca subiect de drept. Responsabilitatea lui se desfăşoară pe un evantai larg, de la actele comise cu intenţie pînă la erorile de bună-credinţă pe care un medic mai avizat şi mai conştient, în aceleaşi condiţii, nu le-ar fi făcut (*qui non intelligit quod omnes intelligunt*). Responsabilitatea sa devine deci dublă, atît ca a unui medic, cît şi ca a unui expert; de aceea, pe lîngă bun simţ solid şi erudiţia profesională, el trebuie să cunoască corect cerinţele legii şi ale societăţii.

În virtutea aceloraşi obligaţii de mijloace dar vizînd totdeauna rezultatele actului său, expertul trebuie să furnizeze un adevăr sau o părere, singur sau în comisie, în raport de prevederile legii, şi, pentru a nu se înşela, el trebuie să ia toate precauţiile necesare, să lucreze conform datelor ştiinţei şi să nu facă imprudenţe.

Responsabilitatea expertului nu poate fi decît delictuală şi ea se angajează atît pentru greşelile de exces, cît şi pentru insuficienţele consultului sau neadecvarea acestuia pentru neefectuarea explorărilor sau neluarea consimţămîntului.

Erorile în expertiză sînt cunoscute, au fost făcute chiar şi de cei mai mari specialişti: Dupuytren a considerat nişte excoriaţii ca fiind dovada unui asasinat, de fapt ireal, Orfila s-a înşelat asupra arsenicului în afacerea Lafarge, Bestnov s-a înşelat asupra semnelor de naştere la o primipară ce a născut ulterior, iar Bertillon a confundat scrisul de pe un borderou cu scrisul căpitanului în afacerea Dreyfus etc.

Responsabilitatea faţă de atari erori depinde de momentul depistării lor — înainte sau după luarea unor decizii. De la socializarea riscurilor neimputabile pînă la acţiunea în regres a statului pentru greşeli imputabile, pot surveni în munca expertului variate modalităţi de responsabilitate.

Munca expertului este intim legată de răspunderea pentru actele întocmite, acte care întotdeauna sînt oficiale, obligînd la o concordanţă deplină cu faptele şi evidenţele.

RESPONSABILITATEA MEDICALĂ PENTRU SUBALTERNI

Deontologia a structurat obligaţia morală de preocupare pentru subalterni sau terţe persoane ce intervin în actul medical, pentru studenţi sau cadrele în pregătire. De regulă, dreptul de a vindeca obţinut de medic, obligaţiile sale proprii nu pot fi delegate altor persoane, decît în condiţii precis stipulate de lege. Principiul *delegata potestas non delegatur* exprimă tocmai necesitatea şi posibilitatea mai uşoară a medicului de a acţiona corect decît de a înşela prin transferarea obligaţiilor sale altor persoane.

În situația în care subalternii efectuează sarcini precise stipulate de actele normative, medicul trebuie să exercite o supraveghere permanentă asupra modului cum sînt ele efectuate.

Responsabilitatea pentru faptele terților ar putea fi delimitată astfel:

— dacă ordinul dat de medic este greșit, medicul este responsabil și nu executantul;

— dacă ordinul dat de medic este bun, dar el este executat greșit, răspunde executorul;

— dacă ordinul dat este bun, dar persoana terță nu are competența de a-l executa, răspunde medicul;

— dacă ordinul dat este bun, dar în executarea sa terțul trebuie supravegheat și controlat conform legii, răspunde medicul.

În nici un caz nu este permis medicului a face compromisuri cu subalternii, indiferent de natura lor, deoarece acestea vor duce la complicitate și la pierderea autorității sale în fața colectivului și instituției în care lucrează.

În ceea ce privește responsabilitatea pentru munca de instruire a studenților, pentru supravegherea lor permanentă, medicul trebuie, încă de pe băncile facultății, să le confere sentimentul de competență și siguranță morală necesar în activitatea viitoare. Sub supraveghere adecvată și responsabilă, studenții trebuie antrenați în toate activitățile medicale cu care se vor confrunta în viitor, mergînd uneori pînă la asigurarea materială și nu numai morală, pe care cadrul didactic trebuie să o facă pentru toate riscurile practicilor viitoare.

RĂSPUNDEREA UNITĂȚII SANITARE CA PERSOANĂ JURIDICĂ

În condițiile socializării practicii medicale, cînd dotarea și buna organizare a unităților sanitare în scopul asigurării creșterii calității asistenței medicale depind de instituție ca persoană juridică, o serie întreagă de responsabilități revin acesteia, și ori de cîte ori se aduc prejudicii asistenței medicale, instituția trebuie să-și angajeze răspunderea. Răspunderea unităților sanitare în calitate de persoană juridică se angajează, de regulă, pentru defecte ale aparaturii, lipsa controlului acestei aparaturi, nerespectarea circuitelor funcționale, nerespectarea normelor de igienă și sanitație, schimburi de copii etc. Se cunosc astfel de incriminări pentru producerea de encefalopatii sau epilații definitive datorită aparaturii de radiație defectă, datorită interferării unor circuite sterile cu altele nesterile etc.

Ca regulă generală, răspunderea unității sanitare ca persoană juridică se face prin prepușii săi, prin cei care au obligații de conducere și organizare a unității.

12

MEDICINA LEGALĂ - PROMOTOR AL PRINCIPIILOR DEONTOLOGIEI MEDICALE

Filosofia antică a promovat legătura strînsă dintre valorile etice ce formează trepiedul — adevăr, bine, frumos. Această realitate etico-filosofică și-a dovedit autenticitatea și în activitatea unei modeste dar vechi ramuri a medicinii, și anume, medicina legală.

Prin însuși scopul ei, medicina legală a slujit și slujește efortul scoaterii la lumină a adevărului, dar prin preocuparea sa față de dificultățile și responsabilitatea medicală a conturat un nou capitol al medicinii, acel al științei datoriei, îndeobște numit deontologie medicală. Căci nevoile vieții sociale și profesionale au impus constituirea acestei științe la limita dintre abstractul juridic și concretul medical, disciplină care astăzi se completează armonios cu dreptul medical. Era deci firesc ca deontologia medicală și apoi dreptul medical să se impună ca un act de cultură la interferența dintre disciplinele medico-biologice și cele etico-sociale și juridice, acolo unde medicina legală își afirmă principiile de lucru și autoritatea științifică.

Născută din amara mustrare de conștiință și penibila experiență a lacunelor de practică și atitudine morală în profesiunea noastră, morala medicală s-a păstrat în bună parte neschimbată de-a lungul secolelor, tocmai prin identificarea sa cu umanismul, în cel mai înalt sens al cuvîntului. Desigur că relația intimă dintre aceste categorii etico-sociale o realizează doar medicina eliberată de servituți economice și de clasă, fapt ce dă un plus de autenticitate și un real cîmp de aplicare deontologiei medicale în societatea socialistă.

În țara noastră, medicina legală s-a preocupat constant de problemele de deontologie și responsabilitate medicală. Astfel, în 1895, la cîțiva ani de la înființarea Facultății de medicină din Iași, programa analitică a cursului de medicină legală includea secretul profesional și responsabilitatea medicală. În anul 1901, G. Bogdan împreună cu M. Minovici, titulari ai catedrelor de medicină legală din Iași și București, au prezentat raportul la Congresul Asociației generale a medicilor din România, raport în care au susținut necesitatea predării deontologiei medicale în facultățile de medicină, disciplină definită de ei ca fiind „acea parte a medicinii legale ce se ocupă cu îndatoririle corpului medical, cu raporturile medicilor între ei sau față de societate, justiție și pacienți".

Ca o consacrare, cursul de medicină legală scris de C. Bogdan în 1924, ca și Tratatul de medicină legală al lui M. Minovici, premiat de Academia Română, cuprind cîte un capitol de deontologie medicală.

Atît G. Bogdan la Iași cît și M. Minovici la București sau N. Minovici la Cluj au crezut sincer că prin calitățile sale morale, un medic trebuie și poate impune comunității în care trăiește cele mai nobile principii morale, contribuind la realizarea umanismului social, la îmbogățirea patrimoniului cultural, la educația maselor și promovarea valorilor sociale. În acest sens, G. Bogdan, în cursul de deontologie scria: „În toată cariera sa, în orice ocazie, medicul va trebui să fie condus de triumviratul: onestitate, modestie, deferență", iar N. Minovici scria: „Adevărata personalitate medicală nu este atît personalitatea științifică cît personalitatea morală, aceea care se perpetuează peste veacuri".

Medici legiști ca G. Bogdan, Mina Minovici și alții, oameni cu o cultură generală vastă, lucrînd într-un domeniu la limita dintre științele sociale și cele biologice, au insistat asupra rolului pe care-l are atitudinea morală a medicului în ierarhia valorilor etice ale unei societăți. În acest sens, N. Minovici scria: „îngrijind bolnavul, medicul face o operă socială și morală, el activează în domeniul eticii, care înseamnă adevăr și virtute, nu minciună și viciu".

Înțelegînd că misiunea medicului nu se limitează numai la vindecarea bolilor, ci se extinde și asupra ameliorării climatului moral al unei societăți, M. Minovici, cu ocazia cursului de deschidere a anului școlar 1897—1898, spunea: „medicul nu are și nu trebuie să aibă decît un singur gînd, adevărul și știința, și un singur judecător, conștiința sa, al cărui răspuns secret să-l poată asculta întotdeauna în orele de liniște, fără inchietudine și fără tulburare. Să căutăm să dăm confraților, bolnavilor, administrației și justiției, concursul cel mai luminat, să afirmăm cu autoritate ceea ce credem că este adevărul, oricît de impopular ar fi și să obligăm puterile publice și societatea să se gîndească și să zică: medicul, înainte de a fi savant, este mai întîi un om cinstit".

Ce aceeași vigoare susține principiile deontologice ale profesiunii medicale M. Kernbach, care în „Hotarul tradițional și legal al profesiunii medicale", în prefața la „Responsabilitatea medicală" de Fruma, în Cursul de medicină legală etc. arată caracterul universal-valabil și specific al normelor etice, criteriile de partajare a diferitelor tipuri de responsabilități, precum și valoarea lor în profilaxia lacunelor medicale.

Personalitățile care au slujit medicina legală, prin atitudinea de respect nelimitat al adevărului și obiectivității științifice, au contribuit la păstrarea nealterată și au asigurat evoluția ascendentă a acestei discipline care astăzi înfățișează lumii o categorie de medici ce au luptat pentru umanizarea legilor rigide ale biologiei și au ajutat la însănătoșirea morală a societății, combătînd injustiția și violența, impostura și necinstea, traficul cu suferința și inechitatea. Astfel, marii noștri înaintași nu au supraviețuit datorită atît rezolvării spectaculoase a unor spețe judiciare, cît mai ales respectării și promovării normelor de conduită deontologică, corolar firesc al oricărui gest tehnic profesional.

Influența principiilor deontologice constituie una din cele mai frumoase promisiuni pe care medicina le face oamenilor și care justifică constatarea lui Bacon: „Medicina poate mai mult decît știe". Dar, primatul normelor deontologice și mai ales caracterul euristic al moralei medicale, ce implică aspirația spre cele mai înalte culmi ale trăirii morale, relevă indubitabil realitatea faptului că deontologia medicală „se consumă" de către fiecare medic și disciplină medicală în parte, se trăiește cu fiecare caz uman, indiferent de dramatismul și implicațiile sale. Într-un astfel de cîmp al realității morale însă, medicina legală nu simte nevoia să-și revendice prioritatea structurării rolului, utilității și conținutului deontologiei medicale ce se afirmă *a fortiori*, cît mai ales să-și ofere rezervele nelimitate în asigurarea aportului de cunoaștere etică a profesiunii noastre.

Medicina legală poate trăi satisfacția promovării unor adevăruri ce au dus la desprinderea din trupul său, și, ca atare, la constituirea unor discipline independente pentru învățămînt, printre care și deontologia medicală. În privința acestei utilități, medicina românească a obținut un succes remarcabil. Astfel, deontologia medicală nu ne mai apare ca un epifenomen al medicinii legale, ci constituie o prefață a întregii practici medicale. Astăzi, axiologia medicală promovează etica susținerii și îngrijirii sănătății, a profilaxiei incriminării prin interiorizarea conștientă a responsabilității, etica profesiunii de credință față de dificultățile noastre, în măsură a îmbogăți permanent deontologia, etica unui comportament profesional reflectant și anticipativ cu orice decizie medicală, comportament ce trebuie să asigure creșterea calității asistenței medicale, precum și echilibrul și succesul actului medical. Aportul medicinii legale la sporul axiologic de cunoaștere al deontologiei medicale va rămîne și în viitor o realitate, dar mai ales o opțiune și o angajare.

Medicina legală, în efortul ei sublim şi permanent pentru adevăr şi bine a promovat şi a cultivat trăsăturile moral-profesionale ale specialistului în medicină, trăsături ce capătă valoare şi se valorizează doar într-un cadru social.

Personalitatea specialistului se asigură şi se afirmă în primul rînd printr-o competenţă profesională desăvîrşită. *Competenţa* este „elementul prim" în jurul căruia se structurează toată „ontologia" medicului pentru sine şi ceilalţi. În medicină, spunea un mare medic, morala adevărată naşte din autonomia eului, iar aceasta din competenţă. Într-adevăr, libertatea morală în profesiune are caracter obiectiv şi naşte din opţiunile şi posibilităţile de decizie şi acţiune. Specifice omului şi implicit profesionistului sînt angajarea şi creaţia, prin care se cucereşte sentimentul responsabilităţii sociale, trăsătură etică principală a personalităţii ca devenire şi împlinire. Competenţa implică studiu, efort şi luptă, curaj şi atitudine critică faţă de lacunele proprii şi ale altora.

Un mare filosof spune că, pentru unele profesiuni, competenţa devine prima formă de onestitate, iar bunătatea — atribut uman incontestabil, nu o poate niciînd înlocui. Tot atît de adevărat este şi faptul că pregătirea profesională este incompatibilă cu orgoliul, cu vanitatea, cu refuzul colaborării sau impenetrabilitatea la sugestii ori critici. *Per a contrario*, lesne se pot observa trăsăturile morale ce înnobilează personalitatea medicului.

Medicina legală, trăind uneori amărăciunea eşecului medical, a avatarurilor medicinii, n-a încetat nici un moment să ducă o luptă susţinută împotriva mediocrităţii. Mediocritatea reprezintă un pericol, un foc satanic care, din nefericire, ia locul uneori focului sacru prometeic. Conştiinciozitatea şi echilibrul, munca şi onestitatea, luciditatea şi înţelepciunea sînt trăsături total opuse mediocrităţii. În societatea noastră socialistă mediocritatea constituie un element disonant şi nefuncţional, ce se opune realizării ţelurilor sociale, şi astfel devine de neacceptat. Omul total, aşa cum îl contura Marx, nu se poate constitui decît cu şi prin muncă, cu o atitudine conştientă faţă de ea, cu pasiunea dăruirii integrale faţă de profesiune şi nu prin îndeplinirea seacă sau insensibilă a unor obligaţii.

Medicul trebuie să aspire apoi către o *conştiinţă etică* deplină în orice act şi gest profesional. Greşelile prin lipsă de conştiinciozitate sînt de zece ori mai frecvente decît cele prin ignoranţă. Conştiinciozitatea integrală faţă de gesturile noastre profesionale rezidă în nevoia de a privi omul bolnav ca pe un subiect şi nu ca pe un obiect al practicii medicale, şi de a evita astfel orice depersonalizare a relaţiei medic-bolnav. Pentru medic însă, atitudinea de conştiinciozitate este o necesitate infinit mai

mare decît o atitudine funcţionărească, ce aduce inevitabil eşecul şi ratarea. Ea este indubitabil mai mult decît o simplă achitare de nişte sarcini oarecare, este pasiunea pentru îndeplinirea acestor sarcini. Faptul că arta de a vindeca devine, după unii, forma superioară de comunicare interumană, prin contagiunea de speranţe securizante, precum şi faptul că medicul slujeşte în primul rînd o medicină antropologică, ce îl obligă la o viziune amplă şi generoasă asupra suferinţei umane, conferă medicului posibilitatea împlinirii celei mai adevărate ca fiinţă morală, ca valoare umană-morală. Fără conştiinţă etică, actul medical ar fi ca o dorinţă fără satisfacţii. Corolarul firesc al conştiinţei morale îl constituie bunătatea şi elanul medicului spre binele semenului, solicitudinea umană, ca unele din cele mai de seamă valori umane.

În virtutea unor atari valori, medicul trebuie să convertească pînă şi „adversitatea în prietenie şi absurdul în inteligibil".

La orice nivel uman de comunicare (biologic, afectiv, intelectiv şi mai ales etic) în care întîlnim condiţia de om bolnav în societate, medicul trebuie să fie „neutral şi empatic, fratern şi interesat, exemplar şi auster, pentru a realiza şi difuza cîmpul conştiinţei sale morale". Conştiinţa morală autentică îl va determina să pună interesele bolnavului totdeauna înaintea reputaţiei sale, să ştie să ceară un sfat ca un act veridic de înţelepciune umană şi profesională, să cultive spiritul de întrajutorare.

O altă valoare etică profesională ce trebuie să reprezinte un ideal de aspiraţie pentru medic îl constituie *curajul şi capacitatea sa de a se decide* totdeauna în interesul bolnavului şi societăţii. Specificul muncii medicului este tocmai sacrificarea vieţii sale personale în favoarea deciziilor sale de conştiinţă ce vor sluji idealurilor sale profesionale. Prin conştiinţa morală a necesităţii deciziei utile, medicul îşi va angaja, în cel mai înalt şi lucid grad, responsabilitatea ca un adevărat destin profesional. Numai în aceste condiţii el va căpăta independenţa absolută, personală şi directă, deoarece numai în atare moment el va „deţine la maximum prerogativele cele mai grele" asupra unor valori morale, cum sînt viaţa şi sănătatea.

Deciziile medicului trebuie să fie totdeauna conştiente, căci acolo unde va fi conştiinţă morală, va înceta legalitatea. Numai decizia conştientă conjugă în modul cel mai fidel pe medic cu responsabilităţile sale şi îl determină să-şi asume orice riscuri pentru a fi în cel mai înalt grad util atît pe plan uman, cît şi profesional. Orice idee de valoare o conţine şi pe aceea de risc, pentru că orice ideal profesional presupune şi un sacrificiu; de aceea, înainte „de a fi încercat de propria sa securitate în detrimentul bolnavului", în orice îndoială, medicul „trebuie să

încerce pentru bolnav cu sacrificiul său propriu", nu atît pentru a se adapta preceptelor morale cît pentru a le realiza integral. Valorile profesionale nu sînt altceva decît o adaptare a actelor profesionale la imperativele morale ale medicinii, care, în momentul deciziei maxime, vor consuma capacitatea și luciditatea ethosului profesional și în aceeași măsură vor aduce satisfacția profesională. Medicul nu trebuie, de frica neprevăzutului dintr-o decizie, ca și de frica eșecului, să se abțină de la a decide, ci, dimpotrivă, totdeauna trebuie să se decidă lucid, după criteriul moral al susținerii omului cu orice preț și în orice condiții.

Pentru a aspira către idealurile profesionale superioare, medicul trebuie să dea dovadă de *devotament*, abnegație și chiar sacrificiu față de îndatoririle sale. Aproape 70% dintre bolnavi, într-o statistică, au ales pe medic pentru devoțiunea sa față de profesiune și implicit față de bolnavi, deoarece dăruirea și devoțiunea au fost și sînt esența moral-umană a oricărui raport medic-bolnav. Bolnavul apreciază la medic, în primul rînd, devotamentul și conștiinciozitatea, îi prezumă astfel competența și capătă credința că lîngă un astfel de medic nu poate fi în pericol. Devotamentul devine un privilegiu al bolnavului și o datorie morală a medicului, pentru că medicina însăși se consumă prin devotament. Ca antropologie și nu ca remorcă a biologiei aplicate, medicina implică devoțiunea, ca expresia cea mai înaltă a umanului și totodată calea de readucere a individului predominant biologic prin boală la un om valoric prin vindecare. Devotamentul medicului trebuie să decurgă din conștiința că valoarea vieții rezidă tocmai în faptul că ea este unică și inimitabilă, că interesul bolnavului este superior oricărei reputații profesionale și că prin desacralizarea mitului medicului atotputernic s-a oferit, în loc, realitatea rezonabilă a misiunii și responsabilităților sale.

Medicul trebuie să fie apoi *prudent* pentru a fi uman și pentru a evita imaginea că poate totul, ca un „vrăjitor ce fetișizează medicina". Îndoiala rezonabilă și prudența, mai ales în diagnostic, trebuie să devină un fel de semiologie a cunoașterii. A prevedea înseamnă a ști și, ca atare, numai medicul competent devine în cel mai înalt grad și prudent. Orice prudență trebuie să ne incite la o reală profesiune de credință, după cum orice îndoială trebuie să ne determine la maximum de bunăvoință și interes pentru bolnav.

Toate idealurile către care medicul aspiră trebuie să fie slujite printr-o persuasiune care să confere, în final, sentimentul adevăratei responsabilități profesionale.

Responsabilitatea, ca și celelalte valori morale, are calitatea de a da echilibrul intern necesar efortului și progresului profesional propriu. Răspunderile cu care medicul se confruntă sînt în măsură să susțină efortul său pentru atingerea unui ideal profesional cît mai înedpărtat și să evite orice vid moral în jurul actelor și trăirilor sale. Conceptul moral al responsabilității medicale, trăit, interiorizat și conștientizat, devine un adevărat factor de progres profesional, care va susține efortul medicului îndreptat spre a ști perfect și a fi util la maximum, deoarece, în medicină, nu este posibil a ști ceva imperfect și a acționa doar ca achitîndu-te formal de o sarcină.

Valorile morale subliniate mai sus, valori constant promulgate de medicina legală, au fost expuse mai puțin dintr-un impuls spre orgoliu al disciplinei, și mai mult dintr-un sentiment de satisfacție, la care are dreptul și căruia îi stau mărturie scrierile vechi și noi din acest domeniu.

ADDENDA

JURISPRUDENȚĂ MEDICALĂ

O așa zisă listă a lacunelor medicale, într-un manual de datorii deontologice, este imposibilă dacă nu și jenantă sau chiar penibilă, față de efortul medicului pentru apărarea sănătății omului. Faptul că o lacună profesională, chiar izolată, are o anumită încărcătură etică și o anumită reflectare de opinie publică sau profesională, prin riscul prejudicierii morale și psihologice a efortului mai sus-amintit, ne determină totuși a le adăuga, cu scopul exclusiv bună-credință, și anume de progres al actului medical prin învățămintele trase din insuccesul sau lacuna profesională. O atare inserare nu trebuie să demobilizeze căci, uneori, pe cît de certă este evidența cazurilor și de greu efortul medicului, pe atît trebuie să fie de dinamizatoare credința sa în caracterul uman și sublim al susținerii omului în realizarea sa socială.

Complexitatea actului medical, fragilitatea, cîteodată a puterilor sale, ritmul de lucru, riscul de a sărăci valorile medicale prin atari insuccese trebuie să fie o priză de curaj și optimism constructiv în munca medicului. Într-o astfel de finalitate utilă progresului medical și propriu trebuie acceptată această abordare, impusă deopotrivă de ritmul alert de dezvoltare și mutațiile ce au loc în biologie, de exigențele relațiilor sociale ale societății noastre, ce cuprind și medicina, ca și de nevoia aspirației către resursele proprii de certitudine, succes și satisfacție profesională.

Atitudine inumană în raport cu obligațiile de serviciu, în legătură cauzală cu decesul unui nou-născut.

S. E., în vîrstă de 44 de ani, vine la casa de naștere dintr-o comună, în travaliu, care începuse în dimineața aceleiași zile. De menționat că

unitatea sanitară nu era încadrată cu moașă. Gravida este primită de o soră de ocrotire și de femeia de serviciu, în acest timp soțul ducîndu-se după medicul de circumscripție care refuză să se prezinte la dispensar și afirmă că nu va permite femeii să nască în casa de naștere, ci „în mijlocul drumului". Peste scurt timp medicul se prezintă la dispensar și, în pofida opoziției sorei de ocrotire și a femeii de serviciu, o scoate pe S. E. din casa de naștere. După plecarea medicului, parturienta este adusă din nou în casa de naștere de către personalul mediu, dar, la reîntoarcerea medicului, aceasta o dă pentru a doua oară afară. În tot acest interval de timp, parturienta se găsește în travaliu și ajungînd în fața Sfatului Popular se produce ruptura spontană a membranelor, motiv pentru care sora de ocrotire solicită salvarea, ca să transporte femeia la un spital. În salvare, S. E. naște, fiind asistată de o infirmieră și de femeia de serviciu de la casa de naștere. Aceste cadre afirmă că nou-născutul era palid, inert, nu a țipat și nu a respirat. S-a încercat reanimarea cu ajutorul respirației artificiale, însă fără rezultat. Datele de anchetă menționează că medicul circumscripției sanitare era probabil în stare de ebrietate și nu a examinat parturienta de la prezentare pînă la naștere.

Raportul medico-legal constată că moartea nou-născutului s-a datorat hemoragiei subdurale consecutive unui traumatism obstetrical produs în timpul travaliului și unei expulsii total neglijate. Comisia medico-legală a precizat că în asistența medicală a gravidei și a nou-născutului există grave omisiuni și neglijențe medicale, care constau în: necunoașterea gravidei în vederea stabilirii prognosticului de naștere, lipsa de urmărire a gravidei pe parcursul sarcinii, lipsa asistenței calificate la naștere, deși medicul era în posibilitatea să o acorde, lipsa intervenției calificate pentru salvarea fătului, scoaterea gravidei afară în mod repetat din casa de naștere pentru a „naște în drum", fapt de maximă gravitate și incompatibil cu calitatea de medic.

Refuz de serviciu legalmente datorat și omor prin culpă

N. A., în vîrstă de 42 de ani, gravidă în luna a IX-a, prezintă dureri de naștere la domiciliu, dureri pentru care soțul anunță medicul. Timp de 2 ore medicul așteaptă salvarea, pe care o trimite după gravidă pentru a o aduce la dispensar, fără să se deplaseze și fără să permită moașei acest lucru. La întoarcerea soțului acasă, se constată că femeia, care născuse doi copii, prezenta hemoragie puternică ce a împiedicat transportarea sa la dispensar. Pentru a doua oară soțul solicită medicul la domiciliu, care refuză și de această dată. La reîntoarcerea soțului acasă, femeia este găsită decedată prin hemoragie masivă la naștere.

Comisia a apreciat că indiferent de posibilitățile de salvare a vieții, care în cazul de față existau (decolarea manuală de placentă în timp

util), datoria medicului era de a răspunde prompt la chemare. Lipsa răspunsului prompt, posibilitatea salvării vieţii atît prin pregătirea medicului, cît şi prin condiţiile sale de lucru, învederează o încălcare a obligaţiilor profesionale (omisiune-greşeală).

Părăsirea neautorizată a cazului. Omisiune, indiferent de posibilităţile de salvare

La casa de naşteri dintr-o comună se prezintă o gravidă în luna a VII-a, cu travaliu declanşat. Deşi asistată de medic, datorită unor contracţii violente, expulsia este precipitată şi copilul cade pe podea.

Într-o primă declaraţie, medicul arată că a acordat nou-născutului asistenţă medicală susţinută timp de 40 de minute, pînă la revenirea stării normale. Încredinţează apoi copilul moaşei pentru continuarea tratamentului şi pleacă în comună pentru rezolvarea altor sarcini. La înapoiere, află că nou-născutul a decedat după 4—5 ore de viaţă.

În a doua declaraţie, medicul susţine că la consultul gravidei a constatat starea de hipoxie a fătului şi că expulsia a fost precipitată, iar copilul nu a ţipat, nu a reacţionat, fiind înecat în lichidele de facere. Deşi i-a acordat îngrijiri corespunzătoare, văzînd că acesta se află în agonie, l-a încredinţat moaşei pentru continuarea tratamentului considerînd prezenţa sa inutilă în asemenea situaţii. La întoarcere i s-a relatat că decesul s-a produs după 4—5 ore.

Comisia medico-legală a precizat următoarele: moartea nou-născutului s-a datorat prematurităţii şi traumatismului obstetrical prin expulsie precipitată. Traumatismul prin cădere este confirmat de declaraţie, dar nu se constată leziuni care să ateste contribuţia sa la deces. Dacă condiţiile permiteau o examinare a gravidei, era necesar ca aceasta să fie trimisă într-un centru utilat, în vederea menţinerii sarcinii pînă la termen.

Atitudinea medicală privind reanimarea nou-născutului a fost adecvată condiţiilor unei case de naşteri, dar medicul avea obligaţia moral-profesională de a urmări atent cursul expulsiei şi, mai ales, de a nu părăsi copilul sub pretextul unui caz deja pierdut. Accidentul de scăpare a copilului din mînă la naştere este posibil în cazul unei expulsii precipitate şi apare ca un risc care nu poate fi eliminat decît printr-o vigilenţă maximă a celui ce asistă naşterea.

Dacă sub aspect tehnic accidentul apare ca posibil, sub aspect etic atitudinea de părăsire a copilului nu poate avea nici o explicaţie. Medicul trebuia să facă tot ceea ce putea, la fel şi celelalte cadre sanitare, pentru salvarea vieţii. Oricum, starea copilului era gravă şi semnele lui de supravieţuire aleatorii, dar aceasta nu justifică atitudinea de dezarmare a medicului şi părăsirea pacientului.

Fals în acte oficiale

Femeia T. M. reclamă faptul că nou-născutul său din casa de naşteri a fost născut viu şi că, în mod fals, i s-a eliberat un certificat de nou-născut mort.

Nou-născutul cîntărea 1 100 g, fapt ce corespundea unei vieţi intrauterine de aproximativ 6—6,5 luni. În situaţia de subponderabilitate, un copil cu această greutate poate avea totuşi o vîrstă mai mare. Literatura admite că un făt este viabil după 1 400 g şi 38 cm, ceea ce arată caracterul de neviabilitate al nou-născutului, mai ales în lipsa unor incubatoare speciale de îngrijire.

Din datele medicale rezultă însă că nou-născutul a supravieţuit 4 zile, fapt care, chiar dacă nu constituie o probă de viabilitate, este o dovadă incontestabilă că s-a născut viu şi trebuie înregistrat ca atare în evidenţele casei de naşteri, conform legislaţiei în vigoare şi indiferent de posibilităţile de supravieţuire.

Lipsa răspunsului la o chemare de urgenţă

P. E. decedează în timpul unei crize epileptice subintrante, declanşată la scurt timp după administrarea unui vaccin antitific. În faza terminală, se solicită ajutor medical, dar acesta nu a fost acordat. Considerîndu-se decesul ca urmare a administrării unui vaccin contraindicat, comisia a precizat:

Epilepsia nu contraindică administrarea vaccinului antitific, deşi rezultă evident că vaccinul a declanşat criza epileptică. Nu se poate afirma că o intervenţie medicală în timp util ar fi dus la salvarea victimei, dar personalul medical avea obligaţia profesională şi legală de a răspunde la chemare, indiferent de posibilităţile de salvare a vieţii.

Reclamaţii înguste. Adversităţi. Încălcarea spiritului profesional de colaborare

În secţia de chirurgie a unui spital judeţean se produc o serie de neînţelegeri între medici, generate de dorinţa expresă a unuia dintre ei de a deveni şef de secţie. Pentru a-şi atinge scopul I. M., folosindu-se de „cazurile nefericite", inerente în activitatea unui medic, formulează o serie de acuzaţii grave la adresa colegului său. Comisia medico-legală a verificat cele 5 cazuri care constituiau dosarul reclamaţiilor şi a constatat că nu s-au produs omisiuni sau erori medicale la nici unul dintre ele.

F. V., în vîrstă de 65 de ani, se internează pentru ulcer gastric, cu stenoză pilorică, pentru care se intervine chirurgical. Iese din spital cu diagnosticul de ulcer duodenal penetrant şi neoplasm de cap de pancreas,

în stare de ameliorare. În scurt timp, bolnavul decedează dar nu i se efectuează autopsie.

Se reclamă că procedeul tehnic adoptat nu era indicat, fiind necesară o simplă gastroenteroanastomoză. Se constată însă că diagnosticul din foaia de observaţie a fost pus de reclamant în scopul determinării unei anchete a activităţii chirurgicale a colectivului.

Comisia a apreciat că, în speţă, nu s-au produs greşeli sau erori medicale, că rămîne în sarcina organelor de anchetă să stabilească cine a pus acest diagnostic şi pe ce bază, întrucît foaia de observaţie a fost completată de mai mulţi medici. Faptul că pe foaie s-a notat „ameliorat", se referă la o recomandare deontologică, bolnavii gravi netrebuind traumatizaţi faţă de starea lor reală (nu se divulgă secretul medical).

O. G., în vîrstă de 40 de ani, se internează cu ulcer dublu al micii curburi pentru care se face rezecţie largă de stomac. Evoluţia postoperatorie este dificilă şi necesită o reintervenţie, dar bolnavul se pierde.

Se reclamă că pentru reintervenţie era suficientă o gastroenteroanastomoză şi nu rezecţie de stomac. Comisia a apreciat că, în speţă, în denunţul şi acuzaţiile de ordin ştiinţific pe care le aduce, medicul dovedeşte incompetenţă şi nepregătire profesională. În mod cert, nu se putea executa o gastroenteroanastomoză care să salveze viaţa bolnavului.

H. A., în vîrstă de 71 de ani, se internează cu suspiciunea de abdomen acut, pentru care se intervine după două zile şi se descoperă un cec torsionat cu aspect de necroză; se practică anus iliac drept, prin cecostomie. Bolnavul decedează pe masa de operaţie.

Problema medico-legală ce s-a reclamat a fost aceea dacă temporizarea intervenţiei chirurgicale nu a fost urmarea unui diagnostic greşit.

Comisia a apreciat că amînarea intervenţiei chirurgicale a fost justificată, întrucît starea bolnavului era bună şi necesita un tratament preoperator de pregătire. Bolnavul a decedat ca o consecinţă a unor multiple cauze (emfizem pulmonar, hipertrofie cardiacă globală, scleroză hepatorenală).

P. V., în vîrstă de 62 de ani, se internează cu retenţie acută de urină prin adenom de prostată, pentru care se face adenomectomie transvezicală. Revine după 5 luni în stare de retenţie acută, pentru care se face cistostomie. Complicaţia postoperatorie tardivă (noua retenţie de urină) se datoreşte ţesutului de scleroză apărut după intervenţie.

În acest caz, chirurgul a fost acuzat de faptul că diagnosticul anatomopatologic postoperator ar fi fost de fapt „adenocarcinom" şi nu „adenom", motiv pentru care, ar fi fost indicată o intervenţie mai largă.

Comisia, verificînd documentele medicale şi lamele microscopice, a constatat că diagnosticul a fost corect şi intervenţia adecvată cazului.

V. S., în vîrstă de 4 ani, este operat pentru apendicită acută. Postoperator, la 3 zile, se reintervine pentru ocluzie intestinală prin invaginaţie ileocecală, pentru care se face rezecţie de intestin. Postoperator apare bronhopneumonie, care duce la decesul copilului.

Problema medico-legală reclamată a fost dacă nu cumva cauza reală a simptomelor au constituit-o invaginaţia ileocecală şi apendicita, dacă aceasta nu a coexistat cu apendicita şi dacă conduita chirurgicală a fost adecvată de la început.

Comisia a apreciat că existau unele elemente iniţiale care să pledeze pentru invaginaţia ileocecală şi că medicii au omis unele examene pentru precizarea certă a diagnosticului, însă ei au procedat corect consultîndu-se. Comisia nu posedă elemente sigure pentru a aprecia dacă invaginaţia precede sau succede intervenţiei chirurgicale, dar este greu de admis ca în prezenţa a trei chirurgi care intervin pentru apendicită să nu se constate intraoperator invaginaţia intestinală.

În concluzie, nici în acest caz nu se constată omisiuni sau greşeli medicale, medicii făcînd tot ce le-a stat în putinţă pentru rezolvarea cazului: au examinat copilul, s-au consultat reciproc, au intervenit la timp, au urmărit îndeaproape evoluţia postoperatorie, însă, cu toate acestea, rezultatul medical a depăşit posibilităţile terapeutice.

După analiza cazurilor de mai sus, comisia a apreciat că într-un colectiv de medici, îndeosebi chirurgi, în care se întronează o atmosferă neprincipială, individualizată de suspiciune reciprocă, aceasta constituie o abatere morală gravă, cu repercusiuni directe asupra calităţii asistenţei medicale, asupra bolnavului. Un chirurg nu-şi poate îndeplini conştiincios sarcinile profesionale dacă lucrează cu teama că un membru al colectivului său de muncă îi interpretează neprincipial şi tendenţios orice insucces sau gest chirurgical. Aceasta duce la desistarea chirurgului de la intervenţiile prompte, la abolirea curajului necesar, la expedierea bolnavilor gravi şi, indirect, se răsfrînge în primul rînd asupra bolnavului.

Plecînd de la aceste considerente, dacă se dovedeşte că există o atmosferă de dezbinare creată voluntar, de completare abuzivă a foilor de observaţie, în scopul instaurării unui climat de muncă nefavorabil, comisia consideră că este utilă o dezbatere publică cu cadrele medicale din localitate. Atitudinea nedeontologică, contrară climatului necesar bunei desfăşurări a activităţii unei secţii de chirurgie, va trebui analizată pe baza unui material bine documentat şi vor trebui luate măsuri educative şi administrative care să curme această stare de lucruri.

Refuz de examinare de urgenţă. Delegare de atribuţii

P. A. este internată într-un spital cu fenomene de hemoragie internă. De gardă era un medic internist. Deşi solicitat în repetate rînduri în cursul nopţii de către soră pentru a da indicaţii de tratament, motivat

de starea gravă a bolnavei, acesta stabileşte indicaţiile terapeutice prin intermediul sorei, fără a vedea bolnava, care ulterior decedează.

În baza datelor medicale, comisia a precizat: moartea femeii P. A. s-a datorat şocului hemoragic după o sarcină ectopică complicată; dacă bolnava era examinată şi urmărită adecvat, existau şanse de salvare a vieţii; medicul de gardă s-a comportat superficial, neurmărind cazul, pentru a sesiza evoluţia nefavorabilă a simptomelor şi omiţînd consultarea specialiştilor. Un interogatoriu corect şi o examinare atentă ar fi permis diagnosticul şi apoi intervenţia chirurgicală în scopul salvării vieţii. Părăsirea bolnavei în stare de colaps de către medic şi lăsarea unui caz grav în urmărirea cadrului mediu constituie o abatere de la regulile profesionale.

Greşeală de diagnostic prin lipsa consultului adecvat (încălcarea unei norme de conduită)

M. R. este examinată de 5 ori în decurs de 20 de zile la o circumscripţie rurală şi i se pune diagnosticul de gastroduodenită, după care este îndrumată la policlinică, unde i se pune diagnosticul de colopatie cu constipaţie şi este trimisă la domiciliu. Abia după o lună, tot la circumscripţie, se pune diagnosticul corect de sarcină luna a III-a cu avort incomplet, infectat, şi este trimisă la spital pentru internare. Aici este refuzată pe motivul lipsei de locuri, dar este readusă după o săptămînă în stare gravă, urmată de deces.

Comisia medico-legală a apreciat cauza medicală a morţii ca fiind complicaţia infecţios distrofică, cu predominanţă renală şi hepatică, datorită unui avort incomplet care a evoluat un timp mai îndelungat.

Între cauză (avort şi complicaţiile sale) şi efect (moartea victimei se interpun o serie de omisiuni privind asistenţa medicală a victimei, omisiuni cu caracter de condiţie în legătură cauzală care au favorizat moartea.

Prima omisiune constă în faptul că cu ocazia celor 5 solicitări la circumscripţie, diagnosticul a fost eronat, ca urmare a unui consult superficial. Se ştie că deseori bolnavul nu relatează corect simptomele bolii, uneori în mod intenţionat, însă obligaţia medicului este de a efectua o anamneză detaliată şi un examen general. În cazul în care diagnosticul nu poate fi precizat, bolnavul trebuie îndrumat spre o unitate superioară, lucru care s-a întîmplat abia după 19 zile.

Aceeaşi omisiune o manifestă şi medicii policlinicii. Dacă s-ar fi pus un diagnostic corect şi s-ar fi făcut chiuretajul uterin, s-ar fi putut evita complicaţiile menţionate. A treia omisiune constă în faptul că bolnava nu a fost internată de urgenţă în spital prin motivarea lipsei de locuri. Aceasta reprezintă o dovadă de uşurinţă în atitudinea faţă de victimă, care prezenta deja o stare gravă şi care trebuia obligatoriu internată, indiferent de locurile disponibile, deoarece internarea avea caracter de urgenţă. Superficialitatea în consultarea victimei a făcut ca medicii care aveau obligaţia să o interneze să nu deceleze gravitatea cazului.

Greşeală de diagnostic prin omisiunea interconsultului

A. E., în vîrstă de 44 de ani, s-a internat într-o secţie de medicină internă pentru următoarea simptomatologie subiectivă instalată brusc: greţuri, vărsături, dureri în epigastru.

Examenul clinic obiectiv şi examenele complementare efectuate în cursul spitalizării precizează diagnosticul de gastrită acută alimentară. După un tratament cu antiseptice, simptomatologia se ameliorează treptat şi bolnava este externată.

La două zile de la externare, bolnava revine într-o secţie de chirurgie, de data aceasta pentru gastrită acută şi stare febrilă.

La examenul obiectiv se constată tegumentele palide, abdomenul balonat, apărare musculară, iar la radioscopia abdominală se evidenţiază imagini hidroaerice în mezogastru. Simptomatologia pledează pentru un sindrom ocluziv. Se intervine operator, precizîndu-se diagnosticul de peritonită purulentă postapendiculară.

Intervenţia chirurgicală se complică postoperator cu insuficienţă renală (oligurie şi uree sanguină de 3 g‰), insuficienţă hepatică, pneumonie, şoc toxico-hepatic.

După consultul medical efectuat de către colectivul secţiei, se hotărăşte reintervenţia chirurgicală pentru un flegmon al peretelui abdominal.

În ultimele 24 de ore, starea generală se agravează şi bolnava decedează prin comă uremică.

Examenul macro- şi microscopic necropsic au confirmat peritonita fibrino-purulentă cu infiltrarea peretelui abdominal, nefroscleroză, nefrită interstiţială şi distrofie vacuolară hepatică. Faţă de datele de mai sus, consemnate în actele medicale, comisia medico-legală a conchis: consultul medical între specialişti era indicat de la prima internare a bolnavei, în felul acesta putîndu-se evita confuzia între o gastrită şi o apendicită. În situaţia stabilirii diagnosticului de apendicită, de la început existau şanse mari de salvare a vieţii bolnavei.

Eroare de diagnostic

I. E., în vîrstă de 26 de ani, se internează într-un spital cu diagnosticul de apendicită, stabilit în policlinică. La spital se stabileşte diagnosticul de sarcină tubară dreaptă ruptă cu inundaţie peritoneală. În timpul operaţiei, prin incizie suprapubiană pe trompa dreaptă, se constată o ruptură cu margine regulată, acoperită de un cheag de sînge. Se scot din

abdomen 2,5 l de sînge. În protocolul operator se menţionează inspecţia celorlalte organe abdominale care erau normale. În aceeaşi zi, deoarece semnele de hemoragie internă persistau, se reintervine. Printr-o incizie subombilicală de această dată, în regiunea subhepatică, se constată o formaţiune cît o portocală, care nu era altceva decît o sarcină extrauterină implantată subhepatic. Pe fondul de anemie marcată, bolnava face un stop anestezic cu exitus.

La întrebările din ordonanţa procuraturii, comisia a analizat dificultăţile de diagnostic condiţionate de raritatea acestor cazuri şi a stabilit: faptul că medicii, la prima intervenţie, nu au decelat sarcina implantată subhepatic, se explică prin incizia joasă, suprapubială, ce a făcut dificilă explorarea etajului abdominal superior, precum şi constatarea unei trompe uterine rupte ce a fost considerată drept sursă a hemoragiei. În aceste condiţii, eroarea de fapt este posibilă şi apare neimputabilă; analiza datelor medicale nu relevă criterii suficiente de diagnostic care să fi permis orientarea medicilor cu precădere spre o sarcină implantată subhepatic; analiza medico-legală a cazului permite evidenţierea întrunirii condiţiilor unei erori de fapt, care a apărut ca un eveniment solitar, repetabil în activitatea acestei unităţi, dar susceptibil de a fi fost comis de orice medic în situaţii similare.

Greşeală de diagnostic şi privarea de şanse de supravieţuire

Bolnavul O. D. se internează într-o secţie chirurgicală după un traumatism al abdomenului. Cu această ocazie, deşi bolnavul stă 6 ore în spital şi deşi prezenta sete de aer şi apă, transpiraţie profuză, dureri în hipocondrul stîng (semne de hemoragie internă), acestea au fost luate drept semne ale unei stări de ebrietate. I se prescrie morfină, dar după scurt timp, bolnavul se pierde. La autopsie se constată zdrobirea totală a splinei, existenţa unei fracturi de claviculă şi a unor fracturi costale şi se conchide asupra morţii prin anemie acută după zdrobirea splinei, într-un centru chirurgical unde bolnavul a fost spitalizat timp de 6 ore. Se mai arată că superficialitatea examinării a privat bolnavul de un tratament adecvat şi la timp, tratament care ar fi avut şanse să-i salveze viaţa.

Ulterior, ancheta a solicitat aprecieri dacă moartea s-a datorat exclusiv accidentului sau la aceasta a contribuit şi lipsa unui tratament adecvat, precum şi care din factori a fost determinant în producerea morţii.

S-a precizat că determinant, sub aspect biologic, a fost atît traumatismul, cît şi omisiunea intervenţiei chirurgicale, chiar dacă sub aspect cauzal, lipsa diagnosticului şi, implicit, a tratamentului adecvat au intervenit ca o condiţie ce a favorizat major efectul iniţial al traumatismului. Dacă bolnavul nu ar fi fost în prezenţa unor condiţii de asistenţă medicală posibile, decesul s-ar fi datorat exclusiv traumatismului, dar solicitarea precoce a asistenţei medicale putea comuta efectele cauzei iniţiale. Desigur că şi în condiţiile unei intervenţii la timp făcute, bolnavul se putea pierde datorită unor complicaţii legate de traumatism (cauză) sau operaţie (condiţie). Dar oricum, erau fără îndoială mai multe şanse de supravieţuire dacă se intervenea. Se ştie că în biologie rolul condiţiilor este deseori major, deoarece crează căile de realizare sau de nerealizare a cauzei iniţiale, aşa cum s-a petrecut şi în cazul de faţă.

În speţă, diagnosticul de ruptură de splină şi intervenţia chirurgicală salvatoare erau posibile şi medicul nu se putea justifica cu eventualitatea producerii unor complicaţii în caz de intervenţie, deoarece obligaţia sa consta în a face tot ce era posibil pentru salvarea vieţii bolnavului.

Greşeală de diagnostic

B. E. se internează într-o secţie chirurgie cu diagnosticul de trimitere de chist ovarian drept, cu evoluţie abdominală. De cca. 20 de ani bolnava este amenoreică. La istoricul stării actuale se menţionează că a observat mărirea de volum al abdomenului, iar examenul local descrie un abdomen destins, ovoidal, cu marele ax vertical, stabilindu-se cu îndoieli clinice diagnosticul de tumoare uterină.

Bolnava este operată iar în protocolul operator al inspecţiei uterului se menţionează o tumoare mare a uterului, de consistenţă diferită şi neregulată. La indicaţiile obstetricianului se face o puncţie, care ar fi fost negativă. Histerotomia constată însă o sarcină de 7 luni, care se evacuează şi, concomitent, se face o miomectomie. În protocolul operator se menţionează că operaţia a fost dictată de fibronul uterin cu degenerescenţă chistică şi sarcină.

Pe marginea întrebărilor din ordonanţă s-a conchis: B. E. a fost gravidă în luna a VII-a şi sarcina a fost întreruptă prin intervenţie chirurgicală; investigarea adecvată a cazului (prin examen clinic atent, examen radiologic, reacţie biologică de sarcină) permitea diagnosticul de sarcină cu certitudine, ca şi puncţia efectuată corect intraoperator. Intervenţia chirurgicală a fost contraindicată şi s-a datorat greşelii de diagnostic; fătul s-a născut viu, a avut o respiraţie parţială, şi o asistenţă medicală adecvată ar fi reuşit să-l menţină în viaţă.

Eroare de diagnostic iniţială, greşeală în atitudinea terapeutică mixtă (comisiv-omisivă)

P. L. se internează într-o maternitate la ora 11,30, cu stare generală bună, pentru un avort în evoluţie şi în vederea efectuării chiuretajului uterin, care se practică la jumătate de oră după internare. A doua zi, la

ora 6 dimineaţa, se constată alterarea stării generale cu tegumente palide şi tahicardie, stare interpretată ca o toxicoză gravidică şi pentru care se instituie tratament medicamentos, printre care şi perfuzii cu glucoză.

În jurul orei 9, laboratorul semnalează existenţa glucozei şi a corpilor cetonici în urină, dar, fiind considerată drept lactozurie de sarcină, se continuă tratamentul prescris anterior. La ora 17,40, tensiunea arterială se prăbuşeşte, situaţie în care se dozează şi glucoza în sînge, notîndu-se 2,75 g‰, şi abia la ora 21 se instituie un tratament cu 20 unităţi insulină. La ora 22,15 se consultă internistul, care pune diagnosticul de precomă diabetică şi instituie un tratament adecvat, însă bolnava decedează în ziua următoare la ora 8.

Autopsia relevă faptul că moartea s-a datorat leziunilor pluriviscerale (pancreatită edematos-hemoragică, nefrită, nefroză, distrofie hepatică) şi comei diabetice (glicemia la cadavru este egală cu 5,88g ‰), stări agravate de sarcină. Problemele care s-au ridicat au fost cele legate de eroarea iniţială de diagnostic şi de instituirea tardivă a unui tratament adecvat.

Confuzia dintre simptomele diabetului şi cele de toxicoză gravidică a fost posibilă datorită rarităţii diabetului la gravide, lipsei antecedentelor diabetice, neefectuării analizelor în situaţia în care victima a prezentat vărsături repetate în cursul sarcinii. Oricum, prezenţa corpilor cetonici trebuia să trezească suspiciunea de diabet, să orienteze explorările, iar tratamentul adecvat ar fi putut fi aplicat cu 10—11 ore mai devreme, crescînd astfel şansele de supravieţuire.

Un alt fapt inexplicabil este acela că deşi problema diagnosticului s-a pus la ora 17,40, tratamentul adecvat s-a instituit abia după 4 ore, timp preţios pentru evitarea agravării bolii şi instalării comei. Odată cu precizarea atitudinii terapeutice de către internist, situaţia agravată nu a mai permis scoaterea bolnavei din comă, deşi tratamentul a fost corect recomandat şi aplicat.

Aceste dificultăţi de diagnostic (pînă la ora 17,40) şi omisiuni de tratament (pînă la ora 22,15) au dus la aplicarea, alături de medicaţia anodină (ce nu a influenţat agravarea bolii), şi a unei medicaţii total contraindicate (perfuziile cu glucoză). Este evident că bolnava a fost privată de tratament specific aplicat la timp şi, mai mult chiar, i s-a administrat un tratament contraindicat. O atare situaţie a agravat considerabil evoluţia unei boli şi aşa grave.

Dacă confuzia simptomelor a apărut posibilă într-o anumită fază de boală, fapt ce se înscrie în cadrul erorilor de diagnostic neimputabile, odată ce se iveşte suspiciunea diagnosticului de diabet, apare nejustificată tergiversarea precizării diagnosticului prin examene de laborator. Cazul constituie o urgenţă care, atît ca urmare a probelor de laborator, cît şi a consultului internistului, trebuia să fie promptă.

Greşeală de diagnostic ce a antrenat o omisiune terapeutică

G. N., militar în termen, este operat pentru un varicocel stîng la un spital militar. La o lună, acuză dureri în membrul inferior stîng şi edem al gleznei, pentru care este internat în infirmeria unităţii militare şi tratat cu antalgice pentru diagnosticul de artralgii. Abia după două săptămîni, timp în care fenomenele dureroase nu au cedat, se pune diagnosticul corect de flebită a gambei stîngi, dar, deşi este internat într-un spital judeţean şi apoi transferat la o clinică universitară, boala progresează producînd gangrena ambelor membre inferioare şi decesul bolnavului.

Din cele de mai sus rezultă că în urma operaţiei de varicocel, au apărut, la un interval de 25—30 de zile, dureri în membrul inferior stîng, a căror origine nu a fost cercetată cu atenţie de către personalul sanitar. Aici rezidă prima greşeală de diagnostic şi tratament, care a dus la evoluţia nestingherită a bolii. Faptul că abia după acest interval îndelungat s-a constatat un pachet dureros la membrul inferior stîng, dovedeşte că flebita apăruse cu multe zile înainte, atunci cînd s-a pus diagnosticul de artralgie. Chiar după apariţia simptomelor mai pronunţate de tromboflebită, s-a persistat în interpretarea greşită a simptomatologiei, întîrziind cu două săptămîni trimiterea bolnavului la secţia de chirurgie.

Comisia medico-legală consideră că, datorită acestei greşeli de diagnostic, boala a evoluat spre formele cele mai grave, ce au determinat moartea şi, cu excepţia primei etape (infirmeria unităţii), nu constată omisiuni sau greşeli de tratament. De asemenea, menţionează, că nu este de acord cu referatul medicului unităţii care afirmă că între operaţia de varicocel şi tromboflebită nu ar exista o legătură de cauzalitate. Se ştie că tromboflebita membrelor inferioare poate apărea în procent de 1 din totalitatea operaţiilor şi că manifestările ei clinice sînt, într-adevăr, la început discrete, cerînd maximum de atenţie, grijă, prudenţă şi consultare reciprocă.

Omisiunea atitudinii sanitare şi medico-sanitare active faţă de un bolnav psihic

C. S., în vîrstă de 34 de ani, decedează în triajul unui spital de neuropsihiatrie, unde fusese abandonat de familie. În ultimii doi ani a locuit aproape permanent, atît ziua cît şi noaptea, în sala de aşteptare a unei gări. Deoarece provoca dezordine şi era cunoscut ca fiind bolnav de epilepsie cu tulburări psihice, este trimis de miliţie la un spital de bolnavi psihici cronici, unde este refuzat şi îndrumat către spitalul în al cărui triaj decedează.

Examenul extern relevă stare de caşexie, numeroase cicatrice vechi pe craniu şi membre, cîteva echimoze şi excoriaţii recente, urme ale nume-

roaselor crize epileptice. Examenul intern relevă un exsudat gelatinos subpial şi intraventricular, stază cerebrală marcată, aderenţe pleurale întinse, multiple caverne pulmonare bilaterale, de dimensiuni ajungînd pînă la mărimea unui ou de gîscă, numeroşi noduli cazeoşi.

Este vorba deci, de o moarte patologică datorită caşexiei pulmonare prin leziuni pulmonare multiple bilaterale, cît şi crizelor epileptice repetate. Se remarcă însă lipsa de iniţiativă a organelor sanitare competente (dispensarul gării, dispensarul circumscripţiei sanitare, spitalul de cronici). În ceea ce priveşte depistarea tuberculozei la acest bolnav, care a staţionat doi ani într-un loc de mare circulaţie publică şi care a expus contaminării îndeosebi copii, victima constituind o problemă de asistenţă socială, trebuiau luate toate măsurile în ceea ce priveşte asistenţa sa medico-socială şi psihiatrică, cu care ocazie s-ar fi descoperit în mod cert şi leziunile tuberculoase.

Omisiune de diagnostic prin neexaminarea bolnavului

A. M., în vîrstă de 40 de ani, multipară şi cu o cezariană în antecedente, se prezintă la o circumscripţie sanitară la ora 23,45 pentru metroragie. Întrebată de medic asupra ciclului menstrual, declară că, în ultimele 2 luni a avut ciclul cu regularitate. În această situaţie, medicul îi aplică un tratament cu 3 fiole de ergomet, 2 fiole de nevartinol şi 2 fiole de vitamina K. După jumătate de oră, femeia se reîntoarce declarînd că hemoragia a cedat, motiv pentru care la ora 1,30 este trimisă la spital, unde se pune diagnosticul de: sarcină la termen, prezentaţie craniană O.I.S.A., membrane intacte, făt viu, *placenta praevia* centrală, ruptură de uter cu stare de şoc.

Se reechilibrează hidroelectrolitic şi la ora 3,45 se extrage un făt viu, după care se practică histerectomia totală, dat fiind atît aderenţa marcată a placentei pe segmentul uterin inferior, cît şi ruptura peretelui anterior şi a colului uterin. T. A. se prăbuşeşte şi bolnava decedează în 15 minute de la începerea intervenţiei, cu toate manevrele corecte de reanimare.

Autopsia descoperă în plus, o a doua ruptură uterină pe partea laterală dreaptă a segmentului uterin inferior.

S-a incriminat în determinismul acestei morţi faptul că ruptura uterină ar fi fost produsă de o supradozare medicamentoasă la nivelul circumscripţiei.

Comisia medico-legală a precizat la expertiza tehnică următoarele aspecte:

Interogatoriul bazat pe informaţiile date de pacientă şi de soţ au fost factorul principal care a indus în eroare pe medic în stabilirea diagnosticului de sarcină. Dealtfel, se pare că nici victima nu avea cunoştinţă

de această situaţie, datorită conformaţiei sale voluminoase şi a sîngerărilor repetate date de inserţia joasă a placentei (care au fost considerate drept menstruaţie). În lipsa diagnosticului de sarcină, explicat prin eroarea de mai sus, tratamentul apărea adecvat. Era posibil că eroarea să fi fost evitată, dacă s-ar fi procedat la examinarea bolnavei, fără a exclude diagnosticul de sarcină numai prin anamneză.

Explicaţia rupturii uterine este multiplă, factorii principali fiind cezariana în antecendete, multipartitatea, inserţia joasă a placentei. În acest context cauzal, administrarea ergometului poate fi considerată ca un factor cauzal adjuvant.

Încălcarea normei elementare de diligenţă, circumspecţie şi atenţie faţă de o procedură terapeutică

L. M., în vîrstă de 18 ani, a fost internată într-o secţie de urgenţă pentru agitaţie psihomotorie şi delir nesistematizat (pe foaia de observaţie a fost consemnat diagnosticul de intoxicaţie accidentală cu o substanţă necunoscută).

Bolnavei i s-a administrat 2 ml ser glucozat 10% şi 500 ml bicarbonat de sodiu.

A doua zi de la internare, bolnava a prezentat cianoză, convulsii, stare de inconştienţă şi stop cardio-respirator. Se constată că, în loc de ser bicarbonatat s-a perfuzat clorură de potasiu, soluţie 10% din care s-au administrat 60—80 ml. Cu tot tratamentul de reanimare efectuat, bolnava a decedat.

Autopsia, prin corelarea datelor clinice cu cele morfologice, ajunge la concluzia că moartea femeii L. M. a fost consecinţa unui accident terapeutic prin confuzia medicamentelor şi s-a produs prin stop cardiac consecutiv administrării neindicate şi supradozate a unei perfuzii de clorură de potasiu, soluţie 10%.

Comisia medico-legală a considerat că este vorba de o greşeală de diagnostic şi tratament prin încălcarea unei norme elementare de supraveghere şi vigilenţă, constînd în administrarea unei substanţe medicamentoase în doză letală.

Eroare de diagnostic şi implicit eroare de tratament

G. M., în vîrstă de 14 ani, este internat în spital cu stare confuzională alternînd cu stări de agitaţie, tegumente palide, mucoase uscate, tahicardie, simptomatologie pentru care medicul pune diagnosticul de intoxicaţie cu insecto-fungicide şi administrează 8 fiole de atropină (în realitate susţine că a administrat 3 fiole, deşi a scris 8 în registru).

În spital, colinesteraza serică este de 6 cmc NaOH N/100.

După 4 ore de la internare, starea generală se alterează, faciesul devine vultuos, apar halucinaţii vizuale şi auditive, delir, tahicardie, anurie. În aceeaşi zi, bolnavul decedează.

La autopsie leziunile macroscopice sînt nesemnificative, iar la examenul toxicologic nu s-au evidenţiat reacţii pozitive pentru alcaloizi (atropină).

Raportul medico-legal corelînd datele clinice cu cele necroptice ajunge la concluzia că moartea lui G. M. s-a datorat unui accident terapeutic, consecutiv administrării neindicate şi supradozate de sulfat de atropină.

Comisia medico-legală a analizat datele medicale ale cazului respectiv, concluzionînd:

1. Datele clinice şi de laborator după internarea în spital nu au confirmat diagnosticul de intoxicaţie cu substanţe organofosforate, ceea ce relevă eroarea de diagnostic ce a antrenat eroarea terapeutică.

2. În cazul în care minorul ar fi fost intoxicat cu o substanţă insectofungicidă, administrarea atropinei ca antidot trebuia să se facă sub observaţie riguroasă privind ameliorarea simptomatologiei de intoxicaţie.

3. La examenul toxicologic nu s-a pus în evidenţă atropina, deoarece copilul a supravieţuit un interval de timp, care a permis eliminarea toxicului în timpul vieţii.

Greşeală de prescriere şi eliberare farmaceutică

T. O. a fost internată într-un spital judeţean cu diagnosticul de dizenterie bacilară, discopatie, duodenită cronică, colopatie, sindrom astenic.

Medicul curant îi prescrie în foaia de observaţie, printre alte medicamente şi 0,250 mg×2/zi colchicină în caşete.

În condica de farmacie, sora medicală de serviciu a scris doar atît „colchicină 0,250×8 caşete", iar asistenta farmacistă a înţeles din condica de farmacie că medicul a prescris 0,250 g în 8 caşete şi le-a predat pe toate bolnavului.

Bolnavul a ingerat o caşetă conţinînd 300 mg, după care, starea sa generală se alterează, se constată agitaţie psihomotorie, transpiraţie, cianoza extremităţilor, oscilaţii ale tensiunii arteriale, colici abdominale, greţuri, vărsături şi dispnee. Cu aceste fenomene bolnavul decedează.

La examenul toxicologic s-a stabilit că fiecare din cele 7 caşete de colchicină rămasă, conţineau 300 mg substanţă cîntărită.

În concluzie, comisia medico-legală a considerat că moartea lui T. O. s-a produs consecutiv supradozării medicamentului administrat.

Consemnarea incorectă în condica de farmacie a dozei repartizate în fiecare caşetă, neverificarea de către un farmacist a prescripţiei din condica farmaceutică şi administrarea caşetei de colchicină în afara supravegherii medicului curant sînt împrejurările ce au dus la moartea victimei, antrenînd responsabilitatea cadrelor medicale şi a cadrelor medii.

Greşeală de determinare a grupei sanguine. Accident posttransfuzional

L. M., în vîrstă de 69 de ani, s-a internat într-o secţie de chirurgie pentru retenţie acută de urină. La examenul obiectiv al aparatului urogenital, se constată prostata mărită de volum şi de consecinţă fermă, dar mobilă.

Se intervine chirurgical, pentru adenom de prostată. Anterior intervenţiei chirurgicale se efectuează transfuzii de sînge de grupa A II (10 flacoane). Postoperator, bolnavul sîngerează masiv, TA scade, motiv pentru care se administrează 4 flacoane cu sînge 0 I. Deoarece starea bolnavului se agravează, acesta este transferat într-un spital judeţean, unde se continuă transfuzia cu sînge 0 I. Se reintervine chirurgical, dar cu toate acestea, bolnavul sucombă prin stop cardio-respirator ireversibil.

La autopsie se recoltează sînge în condiţii sterile, din cavităţile cordului pentru determinarea grupei sanguine şi a Rh-ului. De asemenea se recoltează un fragment medular din stern, pentru determinarea grupei sanguine şi a Rh-ului. Se recoltează şi sînge din flacoanele utilizate pentru transfuzia preoperatorie.

Laboratorul oferă următoarele rezultate:

1. Sîngele recoltat de la L. M., atît din cavităţile cordului cît şi din fragmentul medular sternal, aparţine grupei B III, Rh OD pozitiv.

2. Sîngele conţinut în flacoanele din care s-a efectuat transfuzia preoperatorie aparţine grupei A II Rh pozitiv.

La examenul histopatologic al fragmentelor de organe recoltate de la cadavru s-au evidenţiat: necroză hepatică difuză, tubulo-nefroză cu numeroşi cilindri hematici, hemoglobinurici şi hialini, hemoragii în suprarenală, hipertrofie şi inflamaţie cronică cu hemoragii în prostată.

Raportul medico-legal a concluzionat că moartea lui L. M. a fost consecinţa şocului transfuzional prin incompatibilitate de grup sanguin.

Comisia medico-legală, la întrebările organelor de anchetă, a formulat următoarele:

1. Testarea incompatibilităţii sanguine este obligatorie înainte de administrarea sîngelui conservat, chiar dacă determinarea grupei sanguine a fost făcută la internarea bolnavului.

2. Potrivit regulamentului M. S. şi a Instrucţiunilor privind recoltarea şi aplicarea transfuziei de sînge conservat în lipsa unui medic spe-

cialist anestezist, medicul chirurg trebuie să stabilească indicaţia transfuziei şi să determine grupa de sînge.

3. În cazul sus-menţionat, medicul chirurg era obligat să verifice grupa sanguină înainte de a începe operaţia şi apoi trebuia să urmărească mersul transfuziei pentru a observa eventualele accidente.

Depăşire culpabilă (imputabilă profesional şi juridic) de competenţă

A. L., medic chirurg la un spital rural, nu-şi respectă îndatoririle profesionale atît în ceea ce priveşte diagnosticul, cît şi aplicarea tratamentului, fapt urmat de agravarea stării unor bolnavi şi decesul altora care, printr-un tratament corespunzător, ar fi putut fi evitat. Medicul mai omite şi consultul cu alţi specialişti în situaţia în care starea bolnavilor îl depăşea. Comisia medico-legală a reţinut în mod special cazul R. C. care nu necesita o operaţie de urgenţă şi cazul S. E. care trebuia trimis într-un centru chirurgical mai dotat, întrucît posibilităţile spitalului rural nu erau corespunzătoare unor asemenea intervenţii.

R. C. prezintă de 4 zile crize abdominale dureroase, la examenul obiectiv constatîndu-se în flancul drept o tumefacţie elastică renitentă, mobilă şi de mărimea unui pumn. Cu diagnosticul de abces al marelui epiploon se intervine, dar nu se descrie în foaia de observaţie ceea ce s-a găsit intraoperator şi nici felul operaţiei, ci numai faptul că s-a făcut hemicolectomie stîngă. Postoperator, evoluţia este dificilă, cu tulburări respiratorii, iar a 10-a zi se produce o evisceraţie spontană, care se resuturează. În aceeaşi zi, bolnava decedează cu fenomene de colaps.

Din analiza datelor medicale, comisia nu vede conturată indicaţia pentru intervenţia chirurgicală. Medicul era dator să ceară opinia unui internist înainte operaţiei, dar, în special, să se consulte şi cu alţi specialişti după intervenţia chirurgicală. Bolnava a trăit 10 zile după operaţie, fără a i se face analizele necesare faţă de un diagnostic intraoperator neaşteptat. Acestea erau cu atît mai indicate, cu cît intervenţia nu impunea urgenţă iar femeia era şi gravidă. Faţă de o atare situaţie, comisia conchide că intervenţia n-a fost justificată, iar comportarea chirurgului a fost abuzivă faţă de diagnostic şi leziune.

S. E. se internează după un traumatism abdominal cu fenomene de peritonită difuză. Se intervine suturîndu-se o ruptură intestinală, evoluţia fiind bună, iar tratamentul aplicat fiind corespunzător, deşi nu au fost efectuate nici un fel de analize după care să fie condus. Bolnavul rezistă 15 zile, timp în care prezintă diaree şi apoi fenomene anurice, contra cărora medicul foloseşte terapeutică obişnuită fără nici un consult

cu internistii şi fără a aprecia că tratamentele sînt ineficace. Era mult mai indicat ca bolnavul să fie transferat într-un serviciu utilat spre a împiedica decesul.

În alt caz era vorba de o intervenţie pentru neoplasm de col uterin (Wertheim) cu secţiune de uretere şi fără transferarea bolnavei, care moare cu anurie.

Omisiunea în aplicarea seroprofilaxiei antitetanice

I. I., în vîrstă de 73 de ani, prezentînd diabet zaharat, hipertensiune arterială şi astm bronşic, se accidentează la o mînă la un darac de lînă. La cabinetul de chirurgie al policlinicii judeţene i se face toaleta plăgilor mîinii, dar nu se administrează ser antitetanic întrucît bolnavul relatînd medicului că suferă de astm bronşic, acesta se gîndeşte la posibilitatea declanşării unui şoc anafilactic. La 3 zile revine la pansament cînd, un alt medic îi recomandă şi un tratament cu antibiotice fără a se interesa de seroprofilaxia antitetanică. După 9 zile acuză stare de rău cu jenă la deglutiţie şi este internat în spital, unde se stabileşte diagnosticul de tetanos. Starea se înrăutăţeşte treptat şi la 20 de zile după accident, bolnavul decedează.

La întrebările procuraturii, comisia medico-legală a precizat:

Diabetul zaharat şi hipertensiunea arterială nu constituie contraindicaţii pentru administrarea serului heterolog. Astmul bronşic reprezintă o contraindicaţie relativă, dar existenţa lui nu implică în mod obligatoriu declanşarea unui şoc anafilactic, mai ales în cazul în care se aplică schema de desensibilizare prevăzută de instrucţiunile M. S. din 1966. Dar, boala serului care s-ar putea declanşa în aceste condiţii, poate produce un acces sever de astm, ceea ce a stîrnit temeri din partea medicului.

Ambii medici aveau îndatorirea de a aplica măsurile de profilaxie antitetanică, măsuri care, în afara sero-profilaxiei includeau şi vaccinoterapia, plus administrare de penicilină şi tetraciclină pentru cel puţin 5 zile.

Măsurile complexe de profilaxie antitetanice previn apariţia bolii în majoritatea cazurilor. Dacă aceste măsuri ar fi fost riguros aplicate, ar fi existat şanse de evitare a apariţiei tetanosului şi deci, de supravieţuire a bolnavului iar culpa profesională ar fi fost evitată.

Nerespectarea măsurilor de profilaxie în cazul de faţă a declanşat boala, care a dus la moarte. Medicii aveau obligaţia să rezolve profilaxia apelînd la alţi specialişti în cazul în care competenţa lor era depăşită.

Prescriere medicamentoasă greşită

H. C. s-a internat într-o secţie de dermatologie cu diagnosticul de uretrită gonococică cronică. După o instilaţie cu nitrat de argint face o arsură uretrală pentru care se recurge la cistostomie cu cateterism retrograd. Se constată că, instilaţia s-a făcut cu nitrat de argint 25% în loc de 2%.

Ca răspuns la întrebările din ordonanţă se precizează următoarele:

— arsura chimică uretrală s-a produs cu o soluţie concentrată de nitrat de argint;

— în tratamentul gonocociei cronice instilaţiile uretrale se fac cu nitrat de argint 1—2%;

— prescripţia unei soluţii de 25% s-a făcut din greşeală. De asemenea, farmacistul trebuia să sesizeze greşeala de prescripţie şi să procedeze adecvat;

— pentru vindecarea leziunilor au fost necesare peste 100 de zile îngrijiri medicale;

— prin scleroza orificiilor veziculelor seminale este posibilă instalarea unei impotenţe sexuale.

Accident posttransfuzional culpabil

D. G. se internează de urgenţă într-o secţie de chirurgie, fiind programat pentru a doua zi în vederea intervenţiei pentru ulcer duodenal. În dimineaţa zilei următoare este adus la sala de operaţie de un cadru în practică, fără a se aduce totodată şi foaia de observaţie clinică, care nu s-a găsit în salon. Bolnavul este aşezat pe masa de operaţie iar medicul anestezist, după ce consultă foaia de observaţie de pe măsuţa aparatului de anstezie, convins că este a bolnavului D. G., deşi era a bolnavului anterior operat, şi neverificînd acest lucru, începe anestezia. Sora trece pe fişa de anestezie numele bolnavului I. A., care fusese operat mai înainte, şi nu al bolnavului D. G. de pe masă.

În timpul operaţiei, medicul consultă foaia de observaţie care în realitate era a lui I. A., găseşte un hematocrit scăzut şi trimite sora la punctul de transfuzie pentru a aduce un flacon de sînge B III, aşa cum era consemnată grupa pe foaia de observaţie a bolnavului I. A. Cu foaia de observaţie în mînă şi cu sticluţa de sînge recoltat de la D. G. de pe masa de operaţie, sora merge la transfuzie, unde sora transfuzoare văzînd că sîngele nu s-a recoltat pe bază de citrat şi văzînd numele bolnavului I. A. de pe foaia de observaţie şi-a amintit că are la frigider o probă de sînge pentru proba compatibilităţii şi după ce o face, eliberează flaconul de sînge. În acest mod se administrează bolnavului D. G. 2 flacoane de sînge B III. Operaţia prelungindu-se, devine necesară administrarea unui

al treilea flacon de sînge şi cum serul de la bolnavul D. G. între timp se separase, se face proba de compatibilitate cu serul bolnavului supus operaţiei, constatîndu-se că de fapt acesta are grupa A II şi că sîngele anterior a fost greşit eliberat. Se constată astfel starea de confuzie a foilor de observaţie. Cu toată exsanguinotransfuzia, bolnavul nu a putut fi salvat şi la întrebările anchetei s-au precizat următoarele:

— moartea lui D. G. s-a datorat unui şoc posttransfuzional cu sînge heterogrup;

— verificarea riguroasă a grupei sanguine în vederea transfuziei revenea medicului anestezist, care, a confundat foile de observaţie.

Greşeală de tehnică ortopedică

Bolnavul A. M. se internează de urgenţă într-un serviciu chirurgical, cu fractură de col femural, după un accident. În spital se recurge la imobilizare cu ajutorul unor broşe metalice, după care se aplică un gips şi bolnavul este externat. După 2 luni de la externare, bolnavul se prezintă la o altă secţie chirurgicală, în stare precaşectică, solicitînd scoaterea gipsului. Întrucît spitalul refuză internarea şi nu efectuează bolnavului un examen clinic sau radiologic, acesta revine acasă. Reîntors acasă, familia scoate gipsul şi observă că pe traiectul broşelor, la exterior, curge puroi. Constatînd că apăsarea de abdomen măreşte cantitatea puroiului evacuat, se procedează la scoaterea unui litru de puroi, pentru ca după două zile, bolnavul să decedeze.

Analizînd documentele medicale, comisia constată:

— clişeele radiologice iniţiale au arătat că broşele au fost introduse depăşind cavitatea cotiloidă, încît riscul peritonitei prin înţeparea intestinelor a existat chiar de atunci;

— examinarea corectă, la cel de-al doilea spital, putea sesiza starea septică şi putea evita decesul;

— complicaţia letală (peritonita) s-a produs cel mai probabil la domiciliu, prin masarea abdomenului, după scoaterea gipsului;

— între traumatismul iniţial, introducerea broşelor ce au pătruns cu o extremitate în bazin, lipsa controlului la spital şi masarea intempestivă a abdomenului la domiciliu există o înlănţuire cauzală ce explică decesul.

Greşeală terapeutică prin incompetenţă

R. E., în vîrstă de 40 de ani, se internează într-un spital pentru metroragii datînd de 4 săptămîni. Se pune diagnosticul de endometrită hemoragică, uter fibromatos şi se practică un chiuretaj terapeutic sub anestezie locală cu percaină 200 cc 1%. La jumătate de oră după intervenţie, apar ameţeli, tulburări vizuale şi de vorbire, bradicardie, cianoză, vărsături,

apnee şi survine decesul bolnavei. Cercetînd datele medicale şi de anchetă, comisia medico-legală a stabilit:

— la o bolnavă care pierde sînge de 4 săptămîni nu este indicată anestezia cu percainä care este foarte toxică;

— doza de 20 cc 1% a reprezentat o cantitate de anestezic de 20 de ori mai mare decît ar fi fost indicat. Dealtfel, se observă că s-a încercat modificarea, în foaia de observaţie, a cifrei de 1% în 1‰;

— simptomele pe care le-a prezentat bolnava sînt caracteristice intoxicaţiei cu percainä şi nu şocului neurovegetativ pe care medicii curanţi l-au incriminat în decesul bolnavei;

— în acelaşi sens pledează şi faptul că medicii au aplicat un tratament intravenos cu cofeină şi morfină şi apoi o clismă cu cloralhidrat, antidoturi şi tratamente speciale în intoxicaţiile cu derivaţi de cocainä. La aceasta s-a adăugat şi o medicaţie tonică, valabilă în toate intoxicaţiile (lobelină, cardiazol, oleu camforat);

— în concluzie, moartea femeii R. E. s-a datorat unei intoxicaţii acute cu percainä, consecinţă a unei greşeli medicale de indicaţie şi doză (supradozare).

Alteori, greşelile apar ca inexplicabile şi în afara disputelor sau justificărilor: după o clismă baritată brutală, un bolnav face emfizem progresiv şi generalizat în exitus. După o injecţie de calciu bromat perivenos, victima rămîne cu o pareză de nerv median. După o injecţie de vitamina B_{12} în musculatura braţului, prin neglijenţe de asepsie şi antisepsie, se produce un erizipel bulos cu necroză profundă. După o injecţie de calciu clorat la plica cotului, în artera humerală, în loc de venă, se produce un sindrom de ischemie acută cu pierderea capacităţii de muncă. După o injecţie cu penicilină în nervul sciatic are loc o paralizie etc.

Frica de răspundere.
Părăsirea nedeontologică a bolnavului în pericol

H. E. se internează într-o casă de naşteri, unde, din cauza neprogresiunii travaliului i se administrează un ocitocic. La scurt timp după injecţie, bolnava decedează cu fenomene de şoc hemoragic acut şi asfixie, iar examenul morfologic medico-legal relevă o ruptură incompletă cu pătrunderea lichidului amniotic în circulaţia generală, edem pulmonar şi exitus.

Nu se constată vreo disproporţie bazin-făt şi nici intervenţii pe uter în antecedente. Lipseşte de asemenea vreo altă cauză de hipertonie uterină care să fi generat ruptura uterului.

În condiţiile unităţii sanitare în speţă, cu absenţa personalului calificat, considerăm că era mai utilă internarea gravidei în maternitate. Oricum, chiar dacă indicaţia excitării medicamentoase a uterului apare

corectă, medicul nu trebuia să părăsească gravida şi nu-şi poate justifica atitudinea prin incapacitatea de a stăpîni accidentul survenit.

„Pierderea şansei" prin greşeală de diagnostic şi tratament simptomatic

B. F. este internat în secţia de chirurgie a unui spital judeţean în urma unui accident de trafic; medicul de gardă, obstetrician, îi suturează o plagă nazală şi-i administrează o fiolă de hidromorfon. În cursul nopţii tensiunea arterială se prăbuşeşte şi noul medic de gardă, infecţionist, îi pune o transfuzie de sînge. Dimineaţa bolnavul este predat chirurgului, care, întocmeşte foaia de observaţie din care rezultă elemente de abdomen acut, dar intervenţia este amînată timp de 12 ore, sub justificarea reanimării. Se declanşează o peritonită cu evoluţie gravă care nu a mai permis salvarea bolnavului.

Comisia medico-legală a apreciat că la tergiversarea cazului şi neprecizarea diagnosticului au contribuit o medicaţie inadecvată (opiacee) şi lipsa consultului chirurgical de la internare. Tentativele repetate de reanimare au dus la tergiversarea intervenţiei de către chirurg, deşi existau elemente medicale în sprijinul intervenţiei precoce. A contribuit la aceasta şi faptul că lucrurile s-au desfăşurat într-o duminică, zi în care chirurgul — de gardă la domiciliu — a făcut vizita bolnavilor dimineaţa, dar nu a mai trecut la contravizită, deşi în secţie se aflau şi alţi bolnavi gravi.

Comisia a dat şi unele îndrumări administrative în vederea îmbunătăţirii asistenţei chirurgicale în spital:

— întrucît nu toţi medicii din secţie au o pregătire corespunzătoare exigenţelor chirurgicale, este necesar şi obligatoriu ca fiecare să urmeze un curs de perfecţionare;

— medicul şef de secţie, care trebuie să fie medic primar, va trebui să dea mai multă atenţie aspectului secţiei care apare neîngrijită, fără sală de pansamente septice şi aseptice.

„Pierderea şansei" prin omisiunea interconsultului între specialişti

S. M., în vîrstă de 22 de ani, a fost internată într-o secţie de maternitate a unui spital, cu sarcină în luna a VI-a, avort în evoluţie. În spital se practică chiuretajul de control a cavităţii uterine şi după 3 zile femeia este externată. Revăzută de medicul de circumscripţie după internarea în spital, i se indică un tratament cu antibiotice şi deoarece starea generală a femeii se agravează, aceasta este reinternată în maternitate pentru stare febrilă postabortum, anemie; din secţia de maternitate este transferată în secţia de boli contagioase şi de aici într-un spital T.B.C. cu diagnosticul de meningită T.B.C.; femeia decedează după 3 zile de la internare.

Examinînd actele medicale întocmite bolnavei, comisia medico-legală a apreciat că moartea femeii S. M. s-a datorat septicemiei consecutive avortului.

Analizele şi datele înscrise în foile de observaţie nu indicau alte boli, fapt ce pledează încă o dată pentru apariţia unor complicaţii consecutive întreruperii sarcinii şi reţenţiei de resturi placentare.

De asemenea comisia a apreciat că, un consult minuţios al bolnavei şi reinternarea ei în spital la timpul potrivit ar fi mărit şansele de salvare a vieţii.

Comisia medico-legală a sugerat o anchetă şi o dezbatere pe linia colegiului medical, în prezenţa tuturor celor care au asistat bolnava, pentru a se aprecia contribuţia factorilor ce au dus la producerea morţii femeii.

Pierderea şansei prin omisiune de diagnostic şi tratament

T. N., în vîrstă de 30 de ani, cu antecedente de ulcer, după un efort acut prezintă dureri epigastrice, vărsături în drojdie de cafea, transpiraţie, adinamie şi febră progresivă. Internat în secţia de interne a unui spital, cu diagnosticul de ulcer gastric cu perforaţie acoperită (abdomenul era suplu), este transferat la chirurgie; aici se pune diagnosticul de ulcer duodenal şi este retransferat în secţia de boli interne, unde, pe baza aceloraşi simptome, se menţine diagnosticul iniţial şi este retransferat la chirurgie. De această dată este deschis şi se constată un ulcer perforat posterior cu peritonită localizată. Evoluţia postoperatorie este dificilă şi bolnavul decedează după 10 zile de la intervenţie.

Comisia medico-legală a dat următoarele răspunsuri la întrebările procuraturii:

Din anamneză rezultă că bolnavul era un vechi ulceros. Survenirea bruscă a simptomatologiei menţionate trebuia să-i facă pe medici să se gîndească la un accident acut (perforaţie, hemoragie), lucru la care interniştii s-au gîndit şi au transferat bolnavul la chirurgie. Chiar dacă simptomatologia constatată numai în abdomenul superior nu oferea chirurgilor elemente indubitabile pentru un ulcer perforat şi deci intervenţia imediată, reţinerea bolnavului la chirurgie în vederea observării atente a evoluţiei era absolut necesară.

Chiar dacă se puteau face în plus unele investigaţii în scopul precizării diagnosticului (examene radiologice ale tubului digestiv), comisia apreciază că, observarea clinică a bolnavului putea să ofere elemente importante în vederea orientării diagnosticului. Din acest motiv, nu era indicat transferul unui bolnav chirurgical în secţia de interne.

În momentul cînd starea bolnavului s-a agravat şi au apărut semne clinice şi radiologice de perforaţie şi ocluzie, intervenţia era indicată. Chiar dacă ultimele semne nu ar fi apărut, numai agravarea bolii şi antecedentele sale impuneau laparatomia exploratorie. Această intervenţie este un procedeu justificabil, cu potenţial terapeutic, chiar şi în cazul anumitor bolnavi medicali (Scott).

Comisia consideră că greşeala profesională aparţine chirurgilor şi constă în transferarea şi tergiversarea nejustificată a unui caz chirurgical.

Privarea de o şansă de supravieţuire prin omisiunea interconsultului şi explorărilor

I. D. a fost internat într-o secţie de chirurgie cu o plagă tăiată a peretelui abdominal. Medicul de gardă consideră plaga nepenetrantă şi o suturează. A doua zi, după 10 ore de la internare, medicul-şef de secţie stabileşte diagnosticul de peritonită şi intervine. Postoperator, bolnavul decedează la 4 zile prin peritonită.

Pe marginea întrebărilor din ordonanţa de expertiză s-a stabilit:

— plaga peretelui abdominal nu se explorează cu stiletul, deoarece aceasta nu dă certitudinea caracterului său penetrant sau nepenetrant. În caz de dubiu asupra caracterului plăgii, medicul trebuie să intervină ca şi în caz de dubiu asupra peritonitei. Intervenţia în scop de diagnostic este de asemenea utilă bolnavului;

— instituirea precoce a tratamentului cu antibiotice dovedeşte că medicul a avut dubii asupra caracterului plăgii şi deci, cu atît mai justificată apărea atitudinea mai sus expusă;

— în caz de dubii asupra diagnosticului, medicul este obligat să se consulte profesional, deoarece aceasta este în profitul bolnavului.

Omisiune de consult cu privarea de o şansă de supravieţuire

Într-un spital decedează bolnava A. J. care mai fusese internată cu 6 luni înainte în acelaşi serviciu. Bolnava stă în spital 7 zile, i se face tratament antiinflamator pentru anexită cu aderenţe, iar după 7 zile, în timpul gărzii unui chirurg solicitat de urgenţă pentru a examina bolnava, se stabileşte diagnosticul de ocluzie intestinală cu deshidratare, balonare, vărsături fecaloide etc. Chirurgul consemnează că semnele de ocluzie erau evidente, deşi în foaia de observaţie nimic nu lăsa această impresie. Examenul radiografic confirmă ocluzia şi bolnava este pregătită pentru operaţie, de la consultaţie pînă la intervenţie trecînd $4^1/_2$ ore necesare pregătirii preoperatorii. Se intervine chirurgical, dar postoperator, bolnava decedează datorită şocului oclusiv la care s-a adăugat şi şocul chirurgical. De menţionat că medicul de circumscripţie a trimis bolnava la spital cu diagnosticul de abdomen acut, dar suspiciunea sa nu a fost luată în seamă.

Se solicită a se răspunde la următoarele întrebări:

— În ce secţie trebuia internată bolnava, în raport de diagnosticul de trimitere în spital?

Răspuns: în orice secţie s-ar fi internat (chirurgie sau ginecologie), existau posibilităţi de tratament adecvat.

— După ce criterii s-a stabilit diagnosticul de bloc utero-anexial?

Răspuns: pe baza antecedentelor medicale şi a examenului clinic.

— Dacă erau necesare investigaţii pentru stabilirea diagnosticului de ocluzie?

Răspuns: în primele 3 zile, bolnava nu a prezentat simptome clinice clare de ocluzie şi prin urmare, alte explorări nu erau indicate.

— Investigaţiile precoce puteau stabili diagnosticul şi acesta să dicteze tratamentul adecvat?

Răspuns: indicaţiile investigaţiilor se pun, în general, pe baza examenului clinic.

— Dacă era necesară transferarea bolnavei în alt spital?

Răspuns: nu era necesară.

— Tratamentul aplicat în spital nu a mascat simptomele de ocluzie?

Răspuns: tratamentul aplicat (infiltraţii cu cortizon în parametru) nu a mascat simptomele de ocluzie, dar medicul în apărare susţine că s-a administrat şi plegomazin, fapt ce nu apare consemnat în foaia de observaţie.

— Dacă după stabilirea diagnosticului de ocluzie, intervenţia trebuia făcută imediat?

Răspuns: remontarea bolnavei în vederea intervenţiei era absolut necesară.

— Dacă prin grijă deosebită faţă de bolnavă erau şanse de salvare a vieţii?

Răspuns: faţă de somptologia necaracteristică, eroarea de diagnostic era posibilă. Medicii însă nu s-au consultat între ei, deşi un consult precoce era în interesul bolnavului şi avea şanse de a evita eroarea.

Diagnosticul de trimitere, intervenţia în antecedente constituiau elemente suficiente pentru a determina acest consult.

Pierderea şansei de supravieţuire prin depăşire de competenţă şi imprudenţă

J. M., în vîrstă de 9 ani, este internată în serviciul de interne al unui spital cu diagnosticul de sindrom suprarenometabolic (boală Cushing) prezentînd polifagie, polidipsie, obezitate (51 kg greutate). Examenul clinic şi de laborator nu decelează modificări (de menţionat că nu s-au dozat

ceto- şi hidroxisteroizii). Este externat cu recomandarea de tratament medical şi control periodic.

După o săptămînă este internat în secţia de chirurgie a aceluiaşi spital, se pare la insistenţa medicului chirurg şi este operat a doua zi, practicîndu-se suprarenalectomia bilaterală totală. Protocolul operator notează că suprarenala dreaptă era atrofică, iar cea stîngă scleroasă. Postoperator se administrează produse cortizonice, ACTH, antibiotice în doze corespunzătoare, dar apar vărsături sanguinolente, melenă, pareză intestinală, hipotensiune şi copilul decedează cu fenomene de colaps.

Diagnosticul necropsic a fost de insuficienţă suprarenală acută, distrofie hepatică, hiperplazie adenomatoasă a suprarenalelor, miocardoză.

Faţă de această situaţie, comisia medico-legală a dat următoarele răspunsuri la întrebările procuraturii din ordonanţa de expertiză:

În perioada preoperatorie nu s-au efectuat toate analizele necesare în astfel de cazuri, ca dozările biochimice şi explorările radiologice. Nu s-a făcut de asemenea, un consult, absolut necesar, cu internistul şi nu a fost respectată nici medicaţia de pregătire (corticosteroizi şi antibiotice), necesară în astfel de cazuri.

Intervenţia operatorie, în cazul de faţă, nu avea o indicaţie absolută întrucît boala era în stadiul incipient. Trebuia continuat tratamentul medical şi eventual, încercat un tratament radioterapic. Nu exista nici un risc pentru temporizarea intervenţiei în vederea asigurării celor mai bune condiţii pentru desfăşurarea şi evoluţia sa.

Menţionarea aritmiei extrasistolice, ca şi motivarea indicaţiei de urgenţă prin existenţa insuficienţei cardiace, nu a fost confirmată clinic, electrocardiografic şi necropsic: dealtfel, nici în tratamentul preoperator nu exista vreo medicaţie de susţinere a cordului, ceea ce presupune completarea ulterioară a foii de observaţie.

Timpul de intervenţie aplicat nu a fost cel mai potrivit, intervenţia trebuind aplicată în doi timpi şi chiar în acest caz, nefiind indicată suprarenalectomia totală bilaterală.

Intervenţia era cu atît mai contraindicată, cu cît spitalul nu avea o dotare corespunzătoare pentru un diagnostic preoperator corect în astfel de cazuri şi nici pentru o îngrijire postoperatorie.

Cît priveşte pe medic, acesta, conform calificării (medic primar), experienţei sale, putea efectua o atare intervenţie şi dealtfel, nu se sesizează greşeli de tehnică operatorie propriu-zise. Din modul însă de a pune indicaţia operatorie radicală, se poate deduce că medicul chirurg nu a vizat în primul rînd interesele bolnavului, ci formarea mîinii sale şi reputaţia profesională.

Moartea copilului J. M. este consecinţa directă a greşelilor medicale mai sus-menţionate.

Depăşiri de competenţă cu prejudicii pentru bolnav

M. I. a suferit o agresiune, după care a prezentat o fractură mandibulară stîngă complicată cu osteomielită; pentru vindecare a necesitat un tratament medical de peste 60 de zile.

La examenul prezent al bolnavului se constată o fractură veche de mandibulă cu osteită cronică fistulizată şi întîrziere în consolidare, iar din analiza tuturor datelor medicale rezultă că întîrzierea s-a datorat imobilizării incorecte într-un ambulator, de către un medic depăşit în posibilităţile sale. În cazul unei imobilizări corecte de la început, victima se putea vindeca în 40—50 de zile.

Neverificarea proprie a actelor pentru care este ţinut în virtutea obligaţiilor de serviciu. Fals în acte publice

H. Z., în vîrstă de 73 de ani, este lovită în cap de către fiul său. După 3 zile de la traumatism, interval în care starea bolnavei se menţine neschimbată, este chemat asistentul medical care recomandă internarea bolnavei în spital. Femeia nu a fost internată şi a decedat la 11 zile după traumatismul cranian.

La sesizarea organelor de cercetare penală se examinează certificatul de deces completat de asistentul medical, dar parafat de medic.

Se constată că diagnosticul de deces de pe certificat era de insuficienţă cardio-respiratorie, hipertensiune arterială.

La autopsia medico-legală se evidenţiază numeroase echimoze pe suprafaţa corpului şi pe cap, hematom subdural şi intracerebral.

În concluziile raportului medico-legal se stabileşte cauza reală a morţii (hemoragie meningo-cerebrală consecutivă traumatismului cranio-cerebral) subliniindu-se totala discordanţă între diagnosticul de pe certificatul de deces şi datele reale constatate la examenul cadavrului, fapt ce a demonstrat lipsa examinării cadavrului de către medic şi eliberarea unui act medical în numele acestuia de către un cadru mediu care nu avea această atribuţie de serviciu.

În alt caz, medicul eliberează un certificat de deces cu diagnosticul de reumatism cardiac pentru ca exhumarea să dovedească că decesul s-a datorat unei infecţii cu anaerobi plecată de la un abces fesier incizat şi meşat consecutiv unei injecţii intramusculare. Injecţia fusese făcută de un cadru mediu neautorizat iar incizia de medic.

Depăşire de competenţă prin nesupraveghere

Copilul P. A., în vîrstă de 5 ani, suferea de enurezis, motiv pentru care un cadru mediu sanitar îi prescrie şi administrează o cantitate adecvată de stricnină de uz veterinar. Între timp, acest cadru mediu plecînd în

concediu, transferă soluţia de 1 ml stricnină din fiola originară într-o sticluţă în care, în prealabil, fusese streptomicină, spunînd totodată tatălui să meargă la un alt cadru mediu care, din această cantitate, fără a menţiona ce medicament este, să-i facă în total 6 injecţii. Noul cadru sanitar, cînd vede flaconul, întreabă pe medic dacă conţinutul său este indicat în enurezis şi obţine de la medic avizul administrării substanţei pe care a considerat-o streptomicină, pe care o face în totalitate. După 5 minute copilul decedează în convulsii.

Examenele toxicologice relevă în flaconul trimis o concentraţie de 225 mg stricnină, concentraţie ce învederează provenienţa sa veterinară (fiole a 5 ml cu concentraţie de 1 g% sau 1 g‰). Se stabileşte că doza letală pentru un copil de 5 ani reprezintă 1/3 din doza unui adult (0,016 g). Se precizează că dacă s-ar fi injectat două fiole de stricnină de uz uman se realiza o concentraţie sub doza letală pentru copii, ceea ce nu concordă cu evoluţia copilului spre exitus şi pledează pentru injectarea unei concentraţii mai mari (stricnina umană se prezintă în fiole de 1 ml cu concentraţii de la 1 la 4 g‰). Apoi, dacă în flaconul trimis pentru analiză ar fi fost stricnină pentru uz uman, s-ar fi găsit o concentraţie maximă de 0,008 g şi nu 225 mg.

În flaconul trimis s-a constatat o cantitate de stricnină de 5 ori mai mare decît doza minimă letală, în stomacul victimei o concentraţie de 40 gamma iar în organe de 0,04 mg, ceea ce invederează provenienţa sa veterinară.

La întrebarea din ordonanţă privind obligaţiile profesionale ale celor trei cadre sanitare s-a precizat:

— obligaţia oficiantului sanitar nu este de a prescrie medicamente, mai ales cu circuit special. El nu poate pune indicaţii de tratament şi nici efectua tratamente fără indicaţia medicului, cu excepţia unor urgenţe;

— obligaţia sorei care nu a cercetat atent flaconul era de a solicita medicul, ceea ce a şi făcut;

— obligaţia medicului era de a interzice categoric efectuarea unui tratament neindicat de medic.

Injecţiile cu stricnină se prescriu numai de medic şi în cazul în speţă, indiferent de calea de administrare, depăşindu-se doza letală, efectele erau aceleaşi. Între nerespectarea indicaţiilor de mai sus şi deces este o legătură cauzală.

Responsabilitatea instituţiei ca persoană juridică

Într-o maternitate cu secţie de nou-născuţi apare o infecţie intraspitalicească, soldată într-un timp relativ scurt cu moartea a 6 copii.

Din analiza medico-legală a situaţiei rezultă că diareea infecţioasă epidemică la nou-născut s-a datorat unei infecţii enterale cu coli entero-

patogen. Izvorul de infecţie au fost copiii bolnavi şi anturajul. Germenul s-a transmis direct sau indirect prin mîini, alimente, lenjerie etc.

S-au relatat o serie de factori agravanţi ce au favorizat răspîndirea infecţiei şi care au crescut riscul de letalitate, chiar dacă epidemia putea apărea şi în condiţiile respectării riguroase a măsurilor igienico-sanitare.

Dintre lipsurile constatate, se reţine:

— nerespectarea indicaţiilor de funcţionare a bucătăriei dietetice;

— sterilizarea defectuoasă a biberoanelor şi lipsa controlului periodic al personalului;

— recoltarea laptelui de mamă în condiţii îndoielnice de sterilitate;

— deficienţe în manipularea lenjeriei murdare care se ţinea în aceeaşi încăpere cu lenjeria curată;

— accesul persoanelor străine în spital, după instituirea carantinei.

În concluzie, s-a stabilit, că lipsa de supraveghere şi control în efectuarea sarcinilor tehnice elementare, lipsa de dotare corespunzătoare, indisciplina în respectarea circuitelor etc. au constituit omisiuni în îndeplinirea unor obligaţii de serviciu ce au favorizat răspîndirea şi gravitatea infecţiei intranspitaliceşti.

Delegare de atribuţii. Uşurinţă în atitudinea de supraveghere a cadrelor, cu răspundere pentru o terţă persoană

P. M., în vîrstă de 19 ani, naşte la o casă de naşteri dintr-o comună, fiind asistată de o femeie de serviciu, întrucît, atît medicul cît şi moaşa lipsind din localitate, au delegat această atribuţie de la unul la altul. După naştere, starea generală se alterează progresiv, motiv pentru care, după 6 zile, lăuza este transferată într-o clinică universitară, cu stare toxico-septică gravă, dar decedează în aceeaşi zi cu toate măsurile terapeutice.

Autopsia constată infecţia uterină (endometrită trombo-flebitică), pleurezie şi peritonită purulentă generalizată, care au apărut după o naştere normală, la termen. Studiind datele medicale şi de anchetă, comisia medico-legală a ajuns la următoarele concluzii:

Moartea lăuzei P. M. s-a datorat unei peritonite puerperale, care a avut următoarea înlănţuire cauzală: asistenţă necorespunzătoare la naştere — infecţie puerperală — peritonită — exitus.

Obligaţia medicului era de a supraveghea permanent condiţiile de asistenţă în casa de naşteri şi de a lua măsuri ca naşterile să nu fie asistate de alt personal decît cel calificat.

Obligaţia felcerei-mamoş era de a asista femeile la naştere, afară de cazul în care a primit alte sarcini, care, de asemenea trebuiau să aibă în vedere calificarea sa.

În cazul în speţă, conduita medicului, a felcerei-mamoş şi a îngrijitoarei ce a asistat la naştere nu a fost corectă, primii doi neglijînd urmărirea cazului, iar îngrijitoarea, depăşindu-şi atribuţiile.

Între conduita profesională a acestor cadre şi moartea victimei există o legătură cauzală, deoarece a permis naşterea în condiţii total necorespunzătoare, medicul şi moaşa neîndeplinîndu-şi obligaţiile profesionale faţă de victimă.

Răspunderea unităţii sanitare ca persoană juridică (prin prepuşii săi)

Unui copil i se aplică un tratament cu raze X pentru o afecţiune dermatologică a pielii capului. Din cauza unei defecţiuni tehnice, intensitatea curentului intrat în aparat a fost mult mai mare decît cea necesară şi ca urmare au apărut arsuri ale pielii capului şi căderea părului. La scurt timp se declanşează şi o encefalită, care, cu tot tratamentul corect efectuat, lasă sechele psihice grave. Se incriminează responsabilitatea medicului şi a tehnicianului radiolog.

Expertiza tehnică arată că accidentul survenit nu putea fi prevenit; ţinînd cont de natura defecţiunii, atît medicul cît şi tehnicianul erau în imposibilitate de a o sesiza. Între timp copilul a fost internat şi cu o afecţiune virotică encefalică.

Expertiza medico-legală constată că victimei i s-au cauzat leziuni radiologice pe pielea capului (radiodermită) care s-au datorat unei intensităţi prea mari a curentului produs prin defecţiunea tehnică şi nu prin tratament îndelungat sau supradozat. Obligaţia de a verifica starea aparaturii revenea în întregime spitalului.

Arsurile pe pielea capului constituie o desfigurare permanentă şi ireparabilă, care influenţează aspectul estetic al copilului.

Între tratamentul roentgen şi encefalita ulterioară nu există o legătură de cauzalitate, encefalita fiind de natură virotică şi nu fizică, deşi este foarte greu de spus, în ce măsură cantitatea crescută de raze X a putut constitui un factor favorizant în declanşarea ei.

Sechelele psihice grave ţin de encefalită şi vor influenţa accentuat dezvoltarea somatopsihică a copilului, ca şi capacitatea sa de muncă, care va fi considerabil redusă.

Procentajul de invaliditate pentru viitor va ţine de aceste sechele psihice iar dacă infirmitatea produsă prin căderea părului va fi conştientizată de copil şi aceasta va contribui la alterarea psihicului său.

Pentru ambele afecţiuni (sechelele de encefalită şi căderea părului) nu există posibilităţi de vindecare la ora actuală.

Faţă de cele de mai sus, nu se constată greşeli, omisiuni sau neglijenţe din partea medicului, dar se constată omisiuni din partea spitalului, ca

persoană juridică, în a controla conform regulamentelor, starea aparaturii.

Riscuri. Evaluare. Acceptarea unui risc minor pentru a înlătura un risc major

S. G. se internează într-un spital, în secţia urologică, cu diagnosticul de tuberculoză renală bilaterală suprainfectată. Continuă tratamentul cu streptomicină, apoi şi neomicină, 10 g în 10 zile. La 3 zile de la întreruperea tratamentului, bolnavul prezintă hipoacuzie marcată.

Iniţial, comisia a apreciat că infecţia supraadăugată, tratamentul anterior cu streptomicină, au impus tratamentul de necesitate cu neomicină, în intenţia înlăturării unui risc major (vital) prin acceptarea unui risc minor, nevital (hipoacuzia). În alternativa în care se găsea medicul de a salva viaţa ameninţată de o tuberculoză renală bilaterală suprainfectată şi de a evita un accident ce ameninţa sănătatea, a acceptat legitim ultima eventualitate pentru a o înlătura pe prima.

Din datele medicale rezultă că medicul s-a gîndit la unele accidente legate de medicament şi pentru evitarea acestui risc minor a luat măsurile la îndemînă (întreruperea administrării neomicinei la primele semne de hipoacuzie, efectuarea unei antibiograme prealabile etc.), dar cu toate acestea accidentul nu a putut fi evitat.

In dubio non obligat

O. M. se internează în spital cu stare septică generală care determină instituirea unui tratament antiinfecţios. În timpul spitalizării se pune şi diagnosticul de avort incomplet infectat şi medicul efectuează chiuretajul abia după cîteva zile de tratament antiinfecţios susţinut.

La întrebarea organelor de stat dacă atitudinea a fost cea adecvată, deoarece femeia s-a pierdut, comisia a precizat:

Chiuretajul unui uter infectat se face fie după liniştirea şi localizarea infecţiei pentru a evita astfel diseminarea ei, fie înaintea tratamentului antiinfecţios pentru a exclude astfel focarul septic. În literatură sînt recomandate, cu avantaje şi dezavantaje, ambele conduite. În speţă, bolnava nu a fost privată de tratament dar, datorită gravităţii infecţiei, acesta nu a reuşit să-i salveze viaţa. În caz de conduite multiple la îndemînă, medicul are latitudinea de a o adopta pe cea care corespunde mai bine experienţei sale şi bolii pacientului.

Consimţămînt tacit la intervenţia fără riscuri previzibile

S. G. este internat într-un spital cu diagnosticul de epiteliom spinocelular maxilar stîng cu invadarea planşeului orbitei. În timpul intervenţiei de rezecţie, face fibrilaţie ventriculară ca urmare a unui accident anestezic şi decedează. La imputările familiei, privind lipsa consimţămîntului la operaţie, comisia medico-legală a precizat:

Moartea lui S. G. s-a datorat unui accident anestezic intraoperator în cursul unei intervenţii chirurgicale indicate; accidentul a fost imprevizibil şi neimputabil ştiinţific. Conduita medicală pre- şi intraoperatorie a fost corectă sub aspect ştiinţific, încît moartea nu are nici o legătură cu pretinsele omisiuni.

În ceea ce priveşte consimţămîntul victimei la operaţie, se precizează că, în speţă, însăşi acceptarea internării prezumă consimţămîntul la toate procedurile de vindecare posibile în spital. În general, consimţămîntul scris al bolnavului se ia pentru intervenţii riscante; că intervenţia nu prezenta riscuri deosebite o dovedeşte însuşi faptul că decesul survine ca urmare a unui accident anestezic şi nu a unor riscuri previzibile legate de operaţie, pe care chirurgul trebuia să le fi cunoscut şi evaluat. Nevoia ca de la un bolnav să nu se ia un consimţămînt scris în toate cazurile medicale obişnuite, este dictată de motive psihologice privind neliniştea ce ar putea-o trezi în psihicul bolnavului invitaţia de a consimţi în scris la proceduri medicale obişnuite. Cu atît mai mult, în speţă, bolnavul nu putea fi traumatizat afectiv cu diagnosticul de neoplasm pentru a consimţi scris. Accidentul intraoperator legat de anestezie, şi nu de intervenţia chirurgicală în sine, relevă faptul că el ar fi putut surveni chiar şi în condiţiile în care, prin exces, medicul ar fi obligat bolnavul să-şi dea consimţămîntul scris la tratament.

Accident medicamentos, risc imprevizibil

A. S., în vîrstă de 40 de ani, prezentînd o lombosciatică rebelă la tratament, se internează într-un spital unde i se fac infiltraţii lombare cu novocaină alcoolizată (17 cc novocaină 1%+3 cc alcool etilic 90%, cîte 30 cc în fiecare masă musculară lombară).

După infiltraţie, durerea dispare, dar după 6 ore reapare cu o violenţă extremă şi nu poate fi calmată decît cu opiacee. A doua zi apar febră şi agravarea stării generale, bolnavul decedînd după 2 zile, cu fenomene de insuficienţă renală acută.

Autopsia constată, în spaţiul cuprins între baza hemitoracelui stîng şi bazin, o zonă de 19/14 cm de culoare verde înconjurată de flictene cu conţinut hematic. Incizia în această zonă arată o necroză musculară masivă cu aspect de magmă noroioasă, ca drojdia de vin roşu, nepurulentă şi nefetidă, ce pătrunde în profunzime.

Comisia medico-legală a stabilit că moartea s-a datorat unui sindrom toxemic supraacut determinat de un focar masiv de necroză situată în

regiunea toraco-lombară stîngă, consecutiv infiltrației cu novocaină alcoolizată. Toxemia de rezorbție a determinat leziunile degenerative acute.

Accidente medicamentoase. Risc previzibil neimputabil

D. V., în vîrstă de 51 de ani, suferind de lombosciatică, se prezintă la o circumscripție medicală, cu medicamentele prescrise de un medic, pentru începerea tratamentului. Într-o singură injecție i.m. fesieră primește cîte o fiolă de vitamina B_1 a 100 mg, sedalgin și novocaină 4%. La 4—5 minute după injectare acuză stare de rău, senzație de căldură, amețeli, grețuri, prurit, stare de agitație și un puls slab, filiform. Medicul îi injectează i.v. o fiolă de cofeină după care bolnavul își revine ușor, dar apoi apar dispnee, transpirații profuze, pierderea cunoștinței și survine decesul cu toate măsurile de resuscitare cardio-respiratorie aplicate (lobelină, efedrină, respirație artificială).

Autopsia relevă edem pulmonar acut. Concluziile raportului medico-legal precizează că moartea s-a datorat șocului anafilactic prin intoleranță față de unul din medicamente administrate (probabil novocaină). Tratamentul prescris și administrat a fost adecvat bolii, fiind cel uzual în practica medicală, iar intoleranța ce o prezenta bolnavul nu putea fi bănuită.

T. A., în vîrstă de 14 ani, se prezintă la circumscripție pentru un furuncul al gambei drepte. În lipsa medicului, moașa îi administrează 0,2 ml vaccin polimicrobian i.m. În timp ce ieșea din dispensar, prezintă o stare de rău cu congestie marcată a feței, dispnee cu senzație de sufocare, vărsături. Deși i se administrează imediat o fiolă de cofeină, strofantină și se face respirație artificială timp îndelungat, copilul decedează. Autopsia relevă stază și edem cerebral, edem pulmonar și edem masiv al mucoasei laringotraheale. Este vorba deci tot de un accident anafilactic imprevizibil.

P. F., în vîrstă de 2 ani, prezentînd puseuri repetate de rinofaringită, a fost tratat în mai multe rînduri cu antibiotice. Avînd o amigdalită purulentă, i se administrează de către moașă 400 000 U.I. de penicilină i.m., iar peste 6 ore încă 200 000 U.I. de penicilină, 0,5 g streptomicină i.m. și cîteva picături din ambele antibiotice, rămase în seringă, per os. La 10 minute după a doua administrare, copilul prezintă edem pulmonar acut și decedează.

Autopsia confirmă amigdalita purulentă și relevă stază și edem cerebral, ca și un masiv edem pulmonar. Concluziile menționează faptul că moartea s-a datorat șocului anafilactic consecutiv administrării de penicilină, la care copilul fusese sensibilizat anterior prin administrări repetate de antibiotice.

B. F., în vîrstă de 7 ani, este examinat în cabinetul de chirurgie al unei policlinici, unde i se sutureză o plagă a piciorului și i se administrează 0,5 cc ser A.T. La 15 minute după injectare prezintă congestia feței, prurit, dispnee accentuată și decedează.

Autopsia relevă picheteuri hemoragice cerebrale și edem pulmonar. Nu se știe dacă acest copil a mai primit anterior ser A.T., dar șocul anafilactic poate apărea și primar, pe un teren sensibilizat, prin transmitere transplacentară de la mamă sau în urma unei sensibilizări oculte.

T. A., în vîrstă de 23 de ani, se prezintă la un spital pentru întrerupere de sarcină în luna a II-a. Se face anestezie locală prin injectarea în parametre a 1 cc xilină 1%, iar după 5 minute a încă 40 cc. Imediat apar cianoza feței și a mucoaselor, spume peribucal și perinazal și deces în 1—2 minute.

Autopsia relevă stază și edem cerebral, edem pulmonar, congestie viscerală generalizată. Concluziile raportului notează că moartea se datorește unui accident anafilactic imprevizibil pe fondul unei sensibilizări la xilină.

Res ipsa loquitur (legătură cauzală ce nu necesită dovada între cauză și efect)

B. S., în vîrstă de 31 de ani, se internează de urgență în spital cu dureri difuze abdominale și apărare musculară, fiind trimisă de la o circumscripție rurală cu diagnosticul de abdomen acut.

Din istoricul faptelor medicale rezultă că a consumat o cantitate apreciabilă de must (2 litri) în timpul unei mese cu fasole și murături. A prezentat apoi senzație de vomă și, cu soțul ei, a mers la dispensar, unde, după ce a așteptat o oră, a fost chemată și întrebată de medic dacă este gravidă. La răspunsul negativ, soțul afirmă că medicul ar fi lovit-o în abdomen cu pumnul, după care acuză imediat dureri atroce. La reacția de apărare a soțului, medicul îl lovește cu piciorul și îl dă afară din dispensar; acesta observă apoi pe geam că medicul îi face soției un examen genital. Cu diagnosticul de abdomen acut o trimite la serviciul de obstetrică, iar de aici bolnava, prezentînd dureri abdominale și matitate, ajunge la chirurgie, unde este remontată pentru colaps. Este operată și se constată o perforare gastrică și prezența a 8 litri de lichid gastric alimentar în abdomen.

Necropsia relevă un stomac dilatat de cca 2,5 ori și o plagă de 12 cm plecînd de la mica curbură, care este suturată, și aspecte morfologice de peritonită.

Atitudinea etică, responsabilitatea juridică (existența vătămării, a prejudiciului și legătura dintre ele, *res ipsa loquitur*) sînt în afara comentariilor.

În alt caz, o tînără este supusă unei intervenţii chirurgicale pentru varice ale membrului inferior drept, operaţie ce constă în introducerea prin vena femurală la nivelul triunghiului Scarpa a unei sonde pînă la nivel retromaleolar şi smulgerea „în deget de mănuşă" a venei. Din greşeală, sonda se introduce în artera femurală, care smulsă, este urmată de un sindrom de ischemie acută a membrului inferior drept şi, cu toate tentativele de conservare a membrului, se ajunge la amputaţie. Legătura cauzală între act şi prejudiciu este atît de evidentă încît dă suport principiului *res ipsa loquitur* (lucrul vorbeşte de la sine).

Conduită terapeutică dificilă prin condiţiile concrete de lucru

F. N. se prezintă la o secţie de chirurgie cu o plagă lombară care se suturează. A doua zi bolnava se prezintă din nou la spital unde, examinată de această dată de un alt medic, se stabileşte diagnosticul de plagă lombară cu leziune viscerală. Operată, se descoperă o plagă renală posterioară, dar nu se descoperă şi plaga de pe faţa anterioară a rinichiului. Ulterior, hematuria persistînd, bolnava este reoperată şi se extirpă rinichiul.

Pe marginea întrebărilor din ordonanţă s-a precizat:

— P. N. a prezentat o plagă tăiată transfixiantă renală ce a necesitat 10—15 zile de îngrijiri medicale pentru vindecare;

— o plagă lombară poate trezi suspiciunea unei interesări renale prin existenţa hematuriei, scurgerea de urină prin plagă etc., care lipsind, au făcut eroarea de diagnostic posibilă;

— ca măsură de precauţie, chiar în aceste condiţii, internarea bolnavei de prima dată în spital era utilă şi necesară;

— de regulă, păstrarea rinichiului este posibilă dacă intervenţia este precoce, deoarece, ulterior, evoluţia plăgii spre infarctizare, infecţie etc. face aleatoriu efortul de păstrare a rinichiului;

— hematomul perirenal a putut masca, în timpul primei intervenţii, recunoaşterea plăgii de pe faţa anterioară a rinichiului;

— extirparea rinichiului este consecinţa evoluţiei leziunilor şi a complicaţiilor inerente;

— pierderea rinichiului reprezintă o pierdere de organ;

— dificultăţile de diagnostic în intervenţiile pe rinichi, la nivelul de pregătire şi la posibilităţile unui serviciu de chirurgie generală, apar ca inerente şi în raport de condiţiile relatate, neimputabile profesional. Faţă de aceste condiţii şi de simptomatologia clinică, cazul a depăşit posibilităţile actuale de salvare a rinichiului;

— extirparea rinichiului este consecinţa evoluţiei leziunii şi a complicaţiilor survenite, care puteau apărea chiar dacă se punea un diagnostic

corect de la început. Între traumatism şi extirparea rinichiului se interpun unele condiţii ce rezidă în dificultăţile de ordin medical, dar care nu au facilitat cauza iniţială ce a acţionat prin ea însăşi.

Meşă uitată intraoperator cu exitus (cauzalitate indirectă, condiţionată)

Bolnava S. I. s-a internat într-o secţie de chirurgie cu diagnosticul de ulcer duodenal; este operată şi, datorită evoluţiei postoperatorii defavorabile, reoperată. În final decedează cu fenomen de peritonită postoperatorie. Cu ocazia autopsiei se găseşte în abdomen o compresă de tifon mare, izolată, care a fost considerată sursa peritonitei ce a dus la deces.

Pentru elucidarea juridică a cazului a fost necesar să se precizeze o serie de lămuriri medicale:

— intervenţia chirurgicală pentru ulcer hemoragic este indicată, s-a făcut în timp util şi conform regulilor chirurgicale, cu excepţia uitării compresei în abdomen;

— tratamentul postoperator a fost adecvat cazului;

— reintervenţia a fost dictată de apariţia semnelor de peritonită şi adecvată semnelor clinice ce localizau peritonita în abdomenul inferior. Dacă s-ar fi căutat sursa peritonitei la nivelul operaţiei anterioare, aşa cum era firesc, existau şanse de a găsi compresa. Teama medicilor de a nu difuza peritonita i-a determinat însă la un simplu drenaj;

— cauza peritonitei este rezultatul sumării unei intervenţii laborioase sîngerînde cu rezistenţa scăzută a organismului şi acţiunea mecanic-iritativă a compresei;

— evoluţia nefavorabilă, în continuare, s-a datorat factorilor menţionaţi;

— deşi există o relaţie cauzală între uitarea compresei, peritonită şi deces, în sfîrşitul letal au intervenit şi ceilalţi factori ce au cauzat peritonita, cu atît mai mult cu cît compresa uitată era sterilă. Sub acest aspect nu se poate afirma cert că găsirea şi evacuarea compresei la prima reintervenţie ar fi evitat decesul. Oricum, găsirea şi scoaterea ei era un element important, care, pe lîngă tratamentul celorlalte cauze, ar fi ajutat la evoluţia favorabilă a bolii.

În cazul activităţii de echipă chirurgicală, răspunderea actului operator revine chirurgului şef de echipă.

La solicitatea unui supliment de expertiză s-a precizat:

— dacă ceilalţi factori implicaţi în originea peritonitei nu interveneau, era foarte posibil să fi survenit localizarea compresei sterile şi lipsa complicaţiilor peritoneale. Nu sînt criterii absolute pentru a distinge care din factorii incriminaţi în etiologia peritonitei este responsabil, în mod exclusiv, de aceasta;

— sub aspectul cauzalității biologice, faptul că uitarea compresei acționează în contextul celorlalți factori, permite aprecierea că legătura cauzală a fost indirectă, toți factorii condiționîndu-și reciproc acțiunea în producerea peritonitei;

— în condițiile evoluției cazului, medicul chirurg, prin regulile de tehnică operatorie obișnuite unor astfel de intervenții, avea posibilitatea și trebuia să se gîndească la un astfel de risc (numărarea compreselor la scoatere reveneau chirurgului).

Accident terapeutic. Consimțămînt tacit. Lipsa cauzalității

B. V., în vîrstă de 26 de ani, prezentînd crize de fibrilo-flutter auricular pe fondul unui sindrom Wolff-Parkinson-White, diagnosticat la un spital în urmă cu un an, donează 250 ml de sînge. A doua zi, prezintă stare de rău cu tahicardie paroxistică atrială și cu tot tratamentul adecvat, decedează după 9 ore de la declanșarea crizei. De menționat că în decursul acelui an victima nu mai prezenta alte crize cardiace. Rudele decedatului afirmă că exitusul s-a produs ca urmare a recoltării de sînge.

Autopsia relevă edem pulmonar marcat, cord mărit de volum cu numeroase cheaguri intracavitare, stază viscerală. În concluziile raportului medico-legal se menționează că bolnavul a suferit de o afecțiune congenitală severă (sindrom W.P.W.) pe fondul căreia apar, deși rar, crize și tulburări de ritm în cursul cărora se poate produce decesul.

Comisia medico-legală notează că astfel de crize survin și spontan, fără a fi provocate de o anumită cauză. Nu este posibil ca după recoltarea a 250 ml de sînge să se producă fenomene de hipovolemie, anemie sau tulburări hemodinamice capabile să ducă la moarte. Nu există nici o legătură între recoltarea sîngelui și declanșarea crizei, cu atît mai mult cu cît aceasta a apărut la 24 de ore, interval insuficient pentru restabilirea masei circulante îndepărtate care, dealtfel, a fost minimă. În acest sens pledează și faptul că, anterior recoltării, hemoglobina era de 80%.

Expertize imposibile. Documente medicale inadecvate. Încălcarea unor obligații de serviciu

E. G. este internat de urgență, cu ulcer gastric perforat, fiind operat la 12 ore de la perforare, prin rezecție largă de stomac. Peste 6 zile, bolnavul este reoperat pentru ocluzie intestinală prin bridă și sucombă prin peritonită, crize de epilepsie și șoc operator. Foaia de observație nu înregistrează cauza reală a morții.

Comisia medico-legală nu dispune de date obiective în acest caz și ca atare nu poate verifica susținerea medicului chirurg.

N. C. este internat cu diagnosticul de ocluzie intestinală și infarct mezenteric pentru care se face laparatomie, dar bolnavul decedează după 2 ore. În foaia de observație nu se arată dacă diagnosticul corespunde realității. Chirurgul era dator să arate și să descrie dacă a găsit infarctul mezenteric. În foaia de observație se notează însă că s-a efectuat numai o detorsionare a intestinului subțire și infiltrația cu novocaină a mezenterului, ceea ce infirmă existența infarctului și pledează pentru volvulus intestinal.

Conform datelor din foaia de observație, s-ar părea că bolnavul a fost operat în stare de șoc, stare care se agravează după intervenție.

Greșeală de tehnică sau risc imprevizibil. Lipsa datelor utile pentru a le disjunge

P. C., în vîrstă de 35 de ani, se internează de urgență într-un spital, cu diagnosticul de abdomen acut și după reanimare preoperatorie, se intervine constatîndu-se apendicită acută gangrenoasă perforată cu peritonită generalizată. Intervenția se face sub rahianestezie cu novocaină 8% în cantitate de 16 ctg. Imediat după operație (după relatările bolnavului), sau la 3 zile postoperator (după datele foii de observație), apar parestezii în membrele inferioare și apoi paraparează cu modificări sfincteriene. Bolnavul este transferat la alt spital, unde se stabilește diagnosticul de sindrom radiculo-medular L_5—S_3 cu paraparează flască. Ultimul control efectuat după 3 ani relevă paraparează flască prin sindrom de coadă de cal (anestezie în șa) cu tulburări sfincteriene și genitale, hipotrofie musculară.

Discuția medico-legală a cazului relevă lipsa contraindicațiilor rahianestezice. Substanța anestezică a fost de asemenea în doză adecvată. Apariția tardivă a accidentului s-a datorat efectului toxic al novocainei, de regulă imprevizibil și foarte rar (1/10 000). Dacă accidentul apare imediat, el se poate datora injectării substanței anestezice în plin țesut nervos.

Rămîne ca ancheta să elucideze momentul apariției tulburărilor postoperatorii. Afecțiunea generează infirmitate cu incapacitate de 55%

Expertiză imposibilă

Din datele de anchetă rezultă că femeia C. E. a fost gravidă, fapt dovedit în mod incontestabil de semnele clinice, morfologice și de reacțiile biologice de sarcină. Nu s-a putut preciza dacă sarcina a fost intrasau extrauterină, dar din datele medicale, se lasă impresia unei sarcini extrauterine operată de urgență datorită apariției inundației peritoneale în timpul spitalizării. Aceleași date medicale lasă impresia efectuării

unui chiuretaj uterin, anterior intervenţiei. Acest lucru pare probat şi de chiuretajul de control efectuat în altă maternitate. Tentativa de a ascunde o infracţiune (avort provocat) prin supunerea unei persoane la o intervenţie chirurgicală riscantă pentru viaţă şi sănătate (falsă sarcină extrauterină) constituie un act incompatibil cu practica medicală. În acest sens trebuie precizat cine a asistat la accidentul hemoragic produs în spital, starea trompei extirpate, starea endometrului la chiuretajul de control. Din dosar mai rezultă indubitabil, efectuarea intervenţiei în stare de ebrietate, ceea ce impune luarea unor măsuri administrative categorice, indiferent de faptul că nu s-au produs prejudicii.

În alt caz, expertiza solicitată, a confirmat o ligatură de trompe făcută ilegal, în scop de sterilitate. Ştiut fiind că la explorările curente şi oarecum anodine (de exemplu, o salpingografie cu substanţe de contrast), o atare obstrucţie nu poate certifica în mod indubitabil ligatura, avînd în vedere etiologia sa frecventă în salpingite inflamatorii ce duc la sterilitate secundară, comisia şi-a declinat competenţa.

Riscurile unei laparatomii în scop de probă, în speţă, nu şi le poate asuma nimeni, aşa încît expertiza devine cu atît mai mult imposibilă.

AFORISME MEDICALE

„Vorbind de bunăstarea omului, a poporului, pornim de la premisa că o latură importantă a acesteia este ocrotirea sănătăţii".

NICOLAE CEAUŞESCU

„Este cunoscut că toţi marii cercetători au rămas mari nu prin referatele sau comunicările realizate, ci prin descoperirile lor".

NICOLAE CEAUŞESCU

„Cei care transformă medicina exclusiv într-o sursă de cîştig şi care tratează suferinţele oamenilor cu nepăsare, nu se ridică la nivelul tradiţiilor luminoase ale şcolii medicale din ţara noastră".

NICOLAE CEAUŞESCU

„Desigur, pacienţii trebuie trataţi, dar medicina trebuie să acţioneze în primul rînd pentru a preveni îmbolnăvirea . . . Noi nu vom judeca rezultatele activităţii medicale după numărul consultaţiilor, ci le vom judeca după gradul de sănătate a poporului".

NICOLAE CEAUŞESCU

„Omul nu are prieten veritabil decît pe medic".

ABRAMI

„Ori de cîte ori chirurgia a riscat, medicina a făcut progrese".

CHR. BARNARD

„Viaţa chirurgului este o neîncetată teamă pe care el se străduieşte să nu o arate".

CHR. BARNARD

„Aleg întotdeauna pe cel care are mai multă nevoie de ajutorul meu. Este singurul meu criteriu în preferinţa pe care o dau bolnavilor".

CHR. BARNARD

„Vocaţia medicului poate fi considerată ca una dintre cele mai nobile vocaţii".

G. A. BATCHIS

„Mari printre cei mari sînt acei care continuă să supravieţuiască, chiar şi pe nesimţite, prin elevii lor sau prin elevii elevilor lor".

„Printre experienţele care se pot încerca pe om, acelea care-i dăunează sînt oprite, acelea care sînt inocente sînt permise şi acelea care pot face bine sînt imperioase".

CL. BERNARD

„Scopul medicinii este acţiunea şi nu expectaţiunea".

CL. BERNARD

„De cîte ori îmi moare un bolnav, odată cu el moare şi o părticică din mine".

N. BETHUNE

„Terapeutica e o artă a nuanţelor".

H. BRICAIRE

„De cîte ori operez mă întreb: aş îngădui oare să mi se facă mie însumi operaţia pe care vreau s-o fac bolnavului meu?"

C. BILLROTH

„Intervenţia chirurgicală este frumoasă şi capabilă să genereze sentimente înalte de ordin etic".

P. BRÎNZEU

„Pentru a deveni un medic bun se cere mai multă imaginaţie, judecată, inteligenţă decît pentru oricare altă profesie şi un deosebit interes pentru omul bolnav".

A. CAREL

„Mulţi vin la medic aşteptînd mai mult de la umanitatea acestuia, decît de la arta lui".

H. CAROSSA

„Chirurgul trebuie să fie tînăr sau aproape tînăr, mîna să-i fie sigură, statornică, să nu tremure niciodată".

A. CELSUS

„Este mai potrivit să încerci o intervenţie îndoielnică, decît să nu intervii deloc".

A. CELSUS

„În chirurgie, mai întîi a fost — şi va fi întotdeauna — gîndirea: a înţelege, a alege înainte de a acţiona".

CH. CLAVEL

„Pentru un chirurg, anatomia este întocmai ca o hartă pentru călător".

J. CRUVEILHIER

„Să avem grijă de bolnavi, nu de statistica lor".

B. CUNÉE

„*Medicul de spital modern:* homo medicus hospitalensis, generosus, economicus".

DENOIX

„*Nu există greşeală de diagnostic, ci numai examen incomplet al bolnavului*".

DIEULAFOY

„*Toată medicina e operă de iubire*".

G. DREYFUS

„*Actul chirurgical e un act de creaţie*".

G. DUHAMEL

„*Cînd eram tînăr, bolnavii erau acei care se temeau de mine, acum, cînd am părul cărunt, eu sînt acela căruia îi e teamă de bolnavi*".

J. P. FRANCK

„*Obţinerea unei diplome de medic nu este decît o primă etapă pentru tînărul medic care optează fie pentru învăţămînt, fie pentru o specialiate. Dacă vrea să aducă cele mai bune servicii sanitare posibile concetăţenilor săi, atît ca educator, cît şi ca medic practician, el se vede în situaţia cu alternativa de neînlăturat — de a face din medicină un studiu de o viaţă întreagă, pentru a rămîne în ritm cu evoluţia rapidă a cunoştinţelor ştiinţifice*".

FURNER

„*Ignoranţa medicului, prin consecinţele la care duce, este culpabilă. E intim legată de necinste*".

J. GOSSET

„*Grandoarea medicului care-şi asumă atîtea suferinţe, care acceptă atîtea riscuri este să accepte de asemenea ingratitudinea*".

J. GUITTON

„*Sîngele rece al chirurgului este acea forţă de caracter pe care o împrumută previziunea şi cunoaşterea*".

F. GUYON

„*Nimeni să nu se încăpăţîneze să devină medic dacă nu are pasiunea de a deveni*".

J. HAMBURGER

„*Există oare vreun medic care să se fi sustras acestui fel de nelinişte şi de surprindere care ia naştere din sentimentul zilnic că moartea se află atît de aproape de viaţă?*"

J. HAMBURGER

„*Nu înapoi la Hipocrate, ci înainte cu Hipocrate*".

I. HAŢIEGANU

„*Îndepărtarea durerii este o operă divină*".

HIPOCRATE

„*Cînd bolnavul este în pericol, riscă totul ca să-l salvezi, chiar reputaţia ta*".

CHR. W. HUFELAND

„*Chirurgul e singurul artist care poate sta de vorbă cu opera sa*".

I. IACOBOVICI

„*Tehnica noastră nu are nimic supranatural. Este tehnica preciziei anatomice, subordonată respectului vieţii omului*".

I. IACOBOVICI

„*Lasă bolnavului grav totdeauna speranţe*".

W. KLUSSMAN

„*Rănile învingătorilor se vindecă mai repede decît cele ale învinşilor*".

LARREY

„Munca neurochirurgului este un sacrificiu compensat de frumuseţea profesiunii".

G. LOVE

„Nu ne este îngăduit niciodată să uităm că boala nu poate fi separată de atitudinea bolnavului faţă de ea".

G. MARCEL

„Omul de ştiinţă poate privi viitorul cu multă speranţă şi cu o credinţă nezdruncinată căci viitorul este al ştiinţei şi, în calitatea noastră de medici, avem dreptul de a spera că medicina, inspirîndu-se continuu din descoperirile făcute în domeniul celorlalte ştiinţe, va putea uşura marile mizerii care bîntuie umanitatea şi care se numesc: boala, bătrîneţea şi moartea".

G. MARINESCU

„Scriitorul ştie că viaţa medicului este plină de nelinişti şi de milă. El ştie că medicina nu e o meserie, ci un cult".

A. MAUROIS

„În mîna medicului s-au strîns tot mai multe şi înfricoşătoare responsabilităţi".

A. MAUROIS

„Dacă pacientul cere specialistului, înainte de toate, calităţi tehnice incontestabile, el pretinde din partea medicului generalist o mare disponibilitate şi o largă înţelegere".

P. MILLIEZ

„Îngrijind bolnavii, medicul face o operă socială şi morală, el activează în domeniul eticii, care înseamnă adevăr şi virtute, nu minciună şi viciu".

N. MINOVICI

„Adevărata personalitate medicală este nu atît personalitatea ştiinţifică, cît personalitatea morală, aceea care se perpetuează peste veacuri".

N. MINOVICI

„Spune-mi cum se moare în spital şi-ţi voi spune cît valorează acel spital".

MONNERAT-DUMAINE

„Foaia de observaţie e un tezaur mai valoros decît biblioteca".

MUDROV

„Numai un om bun poate fi un medic bun".

NOTHNAGEL

„Să ne străduim să facem binele mai bine, iar mai binele foarte bine".

T. OANCEA

„A studia fenomenele bolii fără cărţi înseamnă a naviga pe o mare pentru care nu există hărţi; a studia cărţile fără bolnavi înseamnă a nu naviga defel".

W. OSLER

„Comportă-te faţă de bolnav aşa cum ai vrea să se poarte alţii cu tine".

A. PARRÉ

„Greşelile nu sînt decît greşeli cînd ai curajul să le publici, dar ele devin crime cînd orgoliul te determină să le ascunzi".

J. L. PETIT

„Dacă nu poţi deveni rege, fă-te medic".

PROVERB INDIAN

„Ştiinţă fără conştiinţă înseamnă ruina sufletului".

F. RABELAIS

„Omul sănătos este un bolnav ce se ignoră".

ROMAINS

„În fața unei situații dificile puneți-vă întrebarea, eterna și vechea întrebare: ce aș face dacă ar fi vorba de mama mea, de copilul meu? De cele mai multe ori răspunsul va fi găsit . . .“

„În morala medicală orice abdicare de la principiul universal, în virtutea căruia orice om e privit ca demn de respect și de ajutorare prin însăși calitatea sa umană, este un regres etic“.

V. SĂHLEANU

„Omul este om și această splendidă tautologie trebuie să rămînă axioma medicinii“.

V. SĂHLEANU

„Acela care a fost cîndva medic nu va înceta să rămînă, căci medicina este o concepție asupra universului“.

A. SCHWITZLER

„Pentru a da viață unui mare vis este necesară, în primul rînd, o mare capacitate de a visa; o a doua cerință este perseverența, credința neîntreruptă în acest vis“.

H. SELYE

„Istoria idealului medicului se confundă cu istoria societății omenești“.

H. SIGERIST

„Spitalului îi datorez mai tot ce știu despre ființa omenească“.

W. SOMERSET-MAUGHAM

„Medicul vindecă uneori, ameliorează adesea și consolează totdeauna“.

TH. SYDENHAM

„Bolile acute constituie biologia animalului, în timp ce bolile cronice reprezintă biografia omului“.

TH. SYDENHAM

„Formația chirurgicală comportă o formație științifică, o formație tehnică și o formație morală“.

TIXIER

„Din ziua în care un tînăr vrea să fie medic trebuie să frecventeze spitalele. Trebuie să vadă, mereu să vadă bolnavi. Eu cer deci ca tînărul student să asiste în fiecare zi la o vizită în spital“.

TROUSSEAU

„Ce nu i se iartă niciodată medicului este lipsa de tact față de bolnav sau de familia acestuia. Tactul, expresie greu de definit, nu este în realitate decît sensibilitatea în acțiune, acea sensibilitate care ne conduce în felul de a reacționa și de a ne comporta în gesturi și cuvinte“.

P. VALÉRY-RADOT

„Grozavă profesiune e medicina; în ea te împiedici la fiecare pas de viața unui om“.

VERESAEV

„Un bun medic nu se gîndește prea mult la responsabilitatea juridică“.

VILLEY

„Orice greșeală în conversația cu bolnavul poate să creeze perturbări grave în starea acestuia.

Aceste greșeli, care dacă sînt intenționate pot fi calificate, pe bună dreptate, adevărate „cruzimi“, constau cel mai des în:

— A vorbi pacientului prea puțin, ceea ce îi creează teama de necunoscut, înclinarea spre explicații greșite, rătăcitoare.

— A nu-i vorbi deloc; a-l uita de tot. Este o formă de cruzime rafinată, pe care — pe bună dreptate — bolnavul n-o poate ierta niciodată.

— A vorbi în șoapte, în fața bolnavului, ceea ce îi poate crea adevărate avalanșe de groază și nesiguranță.

— A-i vorbi birocratic: rece, distant, cîteva cuvinte lipsite de orice conţinut uman, cu o privire inexpresivă, aruncată peste pacient, departe.

— A-i vorbi mult, cu amănunte inutile ori primejdioase pentru starea bolnavului.

Desigur, astfel de atitudini pot şi trebuie să dispară cu totul din medicină, cea mai umanitară dintre profesiunile omului".

M. VOICULESCU

„Medicul de medicină generală devine un factor important în menţinerea aspectului uman al medicinii şi mai ales pentru a corecta unele tendinţe de dezumanizare ale medicinii moderne, din ce în ce mai tehnicizată şi secţionată în mai multe specialităţi, în timp ce bolnavul rămîne un om suferind şi un întreg".

M. VOICULESCU

„Medicul e o fiinţă nenorocită căruia i se pretinde să săvîrşească minuni".

VOLTAIRE

„Medicul de spital are trei datorii de îndeplinit: să îngrijească bolnavii spitalizaţi în serviciul său, să caute să facă să progreseze ştiinţa medicală şi să-şi instruiască colaboratorii, viitorii medici".

R. J. WEISSENBACH

„Un medic se poate înşela, dar el nu are dreptul să omită acel examen care i-ar fi permis să nu se înşele".

WIDAL

BIBLIOGRAFIE

CEAUŞESCU NICOLAE — Cuvîntare la Plenara C.C. al P.C.R., Ed. politică, Bucureşti, 1968.

CEAUŞESCU NICOLAE — România pe drumul desăvîrşirii construcţiei socialiste, Ed. politică, Bucureşti. 1969, vol. I, pp. 3—6.

CEAUŞESCU NICOLAE — Raport la Conferinţa Naţională a Partidului Comunist Român, Ed. politică, Bucureşti, 1972.

ANDER Z. — Deontologie medicală, Ed. medicală, Bucureşti, 1967.

ANDER Z. — Curs de deontologie medicală, I.M.F. Tg. Mureş, 1974.

ANDREI P. — Filosofia valorii, Iaşi, 1945.

ANGHEL M. şi colab. — Răspunderea civilă, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1968.

ANTONIO G. — Corelaţia dintre drept şi morală în societatea socialistă, Ed. politică, Bucureşti, 1974.

APOSTOL P. — Normă etică şi activitate normată, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1968.

APOSTOL P. — Educaţia şi pedagogia în perspectiva operaţională, Ed. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1969.

APOSTOL P. — Omul anului 2000, Ed. Junimea, Iaşi, 1972.

APOSTOL P. — Calitatea vieţii şi explorarea viitorului, Ed. politică, Bucureşti, 1975.

ATHANASIU A., SĂHLEANU V. — Psihologie şi medicină, Bucureşti, 1972.

BABEŞ A. — Drama religioasă a omului, Ed. ştiinţifică şi enciclopedică, Bucureşti, 1975.

BALINT J. — The Doctor, his Patient and the Ilness, London, 1957.

BANSCICOV I. V. — Meditini psihologhii, Medghiz, Moscova, 1967.

BELLU N. şi colab. — Tineretul şi idealul moral, Ed. Academiei R.S.R., Bucureşti, 1969.

BELLU N. şi colab. — Prefaţă la „Introducere în filozofia moralei" de Montefiore, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1972.

BELLU N. — Reevaluarea omeniei ca principiu în ethosul socialist, *Forum*, 1973, 2, 67.

BERNARD J. — Grandeur et tentations de la médecine, Ed. J'ai lu, 1973.

BIBERI I. — Viaţa şi moartea în evoluţia Universului, Ed. enciclopedică, Bucureşti, 1971.

BIBERI I. — Essai sur la condition humaine, Ed. Litera, Bucureşti, 1973.

BRĂTESCU G. — Hipocratismul de-a lungul secolelor, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1968.
BRĂTESCU G. — Etica medicală, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1969.
BRÂNZEU P. — Jurămîntul lui Hipocrate, I.M.F. Timişoara, 1971.
BRÂNZEU P. — Simţul clinic şi practica medicală, Ed. Facla, Timişoara, 1972.
BRUNER J. — Procedeele educaţiei intelectuale, Ed. de stat, Bucureşti, 1970.
BRUNHES J. — Accidents thérapeutiques et responsabilité, Masson et Cie, Paris, 1969.
CAMPS E. — Legal Medicine, J. Wright, 1968.
CAMUS A. — Caiete, Ed. Univers, Bucureşti, 1971.
CERNEA M., TĂNASE A. — Conştiinţă şi personalitate, Ed. Academiei R.S.R., Bucureşti, 1972.
CHAMMARD B. G., MEONZEIN P. — La responsabilité médicale, Presses Universitaires de France, 1974.
CHAUCARD P. — La mort, Presses Unicersitaires de France, 1957.
CONSTANTIN V. — Responsabilitatea moral-politică a comunistului, Ed. politică, Bucureşti, 1976.
DANSCULY A. şi colab. — Educaţie şi contemporaneitate, Ed. Dacia, Cluj, 1972.
DAVIDOV A.S. — Deontologhiia v akuşerstvo i ghinecologhii, Medghiz, Moscova, 1968.
DELAY J. — La psychologie médicale, Ed. Masson et Cie, Paris, 1965.
DÉROBERT L. — Droit médical et déontologie médicale, Ed. Flammarion et Cie, Paris, 1974.
DEVILLON J. — Orientare şcolară şi profesională, Ed. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1973.
DEWEY J. — Democraţie şi educaţie, Ed. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1972.
DICU A. şi colab. — Probleme de psihosociologie a educaţiei, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1973.
DIERKENS R. — Les droits sur le corp et le cadavre de l'homme, Ed. Masson et Cie, Paris, 1966.
DONGOROZ V. şi colab. — Explicaţii teoretice ale Codului Penal român, Ed. Academiei R.S.R., 1973, vol. 1—4.
DRUTA FL. — Formarea şi dezvoltarea personalităţii în socialism, Ed. politică, Bucureşti, 1975.
DUFRENNE M. — Pentru om, Ed. politică, Bucureşti, 1971.
DUMITRAŞCU O. — Trepte spre ştiinţă, Ed. Dacia, Cluj, 1974.
DUŢESCU B. — Valeriu L. Bologa, Ed. medicală, Bucureşti, 1976.
ECK M. — Le médecin face aus risques et à la responsabilité, Ed. Fayard, Paris, 1968.
ENTRALGE L. G. — Le Médicin et le Malade, Ed. Hachette, Paris, 1969.
FODOR O. — În căutarea unor permanenţe, Ed. Dacia, Cluj, 1973.
FODOR O. — În căutarea unor permanenţe, Ed. Dacia, Cluj, 1976.
FRONESCU E. — Erori de diagnostic în medicina internă, Ed. medicală, Bucureşti, 1970.
FRUMA I. — Responsabilitatea medicului, Welther, Sibiu, 1944.
GARANDY R. — Umanismul marxist, Ed. politică, Bucureşti, 1954.
GEORGESCU FL. — Bine şi rău, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1968.
GONZALES T. — Legal Medicine, Pippleton Century Crafta, New York, 1965.
GOSSET J. — Médicine Légale et dommage corporel, 1967, 2, 110.
GOSSET J. — Eléments de pédagogie médicale, L'expansion scientifique française, Paris, 1969.

GRIGORAŞ I. — Datoria etică, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1968.
GRIGORAŞ I. — Libertatea şi responsabilitatea morală în condiţiile socialismului, Ed. politică, Bucureşti, 1973.
GRIGORAŞ I. — Prelegeri de etică, Univ. „Alex. I. Cuza", Iaşi, 1973.
GRIGORAŞ I. — Principii de etică socialistă, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1974.
GRÜNBERG L. — Axiologia şi condiţia umană, Ed. politică, Bucureşti, 1972.
GULIAN I.C. — Problematica omului, Ed. politică, Bucureşti, 1966.
GULIAN I.C. — Problematica omului şi existenţialismul contemporan, Ed. politică, Bucureşti, 1973.
HAMBURGER J. — La puissance et la fragilité, Ed. J'ai lu, 1972.
HANGANU E., POPA GH. — Canecer and Truth, Comunic., Amsterdam, 1975.
HENSE G. — Guide de la mort, Ed. Masson et Cie, Paris, 1975.
HERSENI T. — Sociologie şi etică, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1968.
HUSZAR T. — Morala şi societatea, Ed. politică, Bucureşti, 1968.
IBN SINA (Avicena) — Poemul medicinei, Canonul ştiinţei medicale, Ed. medicală, Bucureşti, 1962.
IONESCU G. — Introducere în psihologia medicală, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1973.
IONESCU G. — Psihosomatica, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1975.
ISRAEL L. — Le médecine face au malade, Ed. Ch. Dessart, Paris, 1968.
JACOB Fr. — Logica viului, Ed. enciclopedică, Bucureşti, 1972.
JOSSERAND M. — De l'esprit des droits et de leur relativité, Paris, 1927.
KALLOS N., ROTH A. — Axiologie şi etică, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1968.
KALLOS N. — Sociologie, politică, ideologie, Ed. Facla, Timişoara, 1975.
KERNBACH M., ROMANESCU N. — Hotarul tradiţional şi legal al profesiunii medicale, Cluj, 1935.
KERNBACH M. — Medicina judiciară, Ed. medicală, Bucureşti, 1958.
KERNBACH M. — Destinul medicinei, destinul omului, Sibiu, 1945.
KERNER C. G. — The Revolution in Ethical Theory, Oxford University Press, London, 1966.
KORNPROBST L. — Contrat de soins médicaux, Ed. Sirey, Paris, 1960.
KORNPROBST L. — Responsabilités du médecin, Ed. Flammarion et Cie, Paris, 1957.
KORNPROBST L. — Morale médicale, Paris, 1966.
KNIGHT B. — Legal aspects of medical practice, Livingstone Ltd., Edinburg, 1972.
KRETSCHMER E. — Manuel théoretique et pratique de psychologie médicale, Ed. Masson et Cie, Paris, 1927.
LACROIX J. — Les hommes devant l'échec, Prasses Universitaire de France, 1966.
LAFORGUE R. — Psychopathologie de l'échec, Ed. Payot, Paris, 1969.
LASCUS V. — Cercetări asupra opţiunii profesionale, Ed. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1972.
LĂZĂRESCU M. — Patologie obsesivă, Ed. medicală, 1973, Bucureşti, 1973.
LIICEANU G. — Tragicul, fenomenologie a depăşirii, Ed. Univers, Bucureşti, 1975.
LINTON R. — Fundamentul cultural al personalităţii, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1968.
LOMBARD P. şi colab. — Le médecin devant ses juges, R. Laffont, 1973.
MALHERBE J. — Médecine et droit moderne, Ed. Masson et Cie, Paris, 1968.
MALIŢA M. Cronica anului 2000, Ed. politică, Bucureşti, 1969.
MALIŢA M. — Aurul cenuşiu, Ed. Dacia, Cluj, 1971 şi 1972, vol. 1, 2.

MALIȚA M. — Repere, Ed. Univers, București, 1967.
MALIȚA M. — Sfinxul, Ed. Univers, București, 1969.
MALIȚA M. — Modele matematice ale sistemului educațional, Ed. didactică și pedagogică, București, 1972.
MARINESCU D., IVAN C. — Mijloace juridice de ocrotire a sănătății, Ed. medicală, București, 1971.
MAXIMILIAN C. — Timp și destin biologic, Ed. enciclopedică, București, 1973.
MĂRGINEANU N. — Condiția umană, Ed. științifică, București, 1973.
MĂRGINEANU N. — Natura științei, Ed. enciclopedică, București, 1968.
MEASISCEV H. V. — Osnovî obscen i medițineskoi psihologhii, Medghiz, Moscova, 1963.
MIHĂILESCU V. — Reglementarea întreruperii cursului sarcinii și infracțiunea de avort, Ed. științifică, București, 1967.
MILCU I. — Omul în lumea contemporană, Ed. științifică, București, 1972.
MIROS L. — Etica neotomistă, Ed. științifică, București, 1969.
MIROS L. — În Etos și contemporaneitate, Ed. științifică, București, 1971.
MIROS L. — Intuiționismul etic, Ed. științifică, București, 1973.
MONTEFIORI W. C. — *Geront. clin. (Basel)*, 1969, 11, 65.
MONTEFORI A. — Introducerea modernă în filosofia moralei, Ed. științifică, București, 1972.
MOORE E. G. — *Calif. Med.*, 1968, 6, 494.
MOORE E. G. — *Principia Ethica*, Cambridge University Press, London, 1973.
MORARU M. — Valoarea și etos, Ed. științifică și enciclopedică, București, 1976.
MORITZ A. — Handbook of legal medecine, Mosby Company, St. Louis, 1970.
MOWBRAY J. A. — Psychology in relation to medecine, London, 1967.
NASCHITZ A. — Contribuțiuni la studiul formării și dezvoltării conștiinței juridice socialiste, Ed. științifică, București, 1967.
NEAGOE F. — A. Schopenhauer — Filozofie și etică, Ed. științifică, București, 1970.
NIEL M. — Drama eliberării femeii, Ed. politică, București, 1974.
OANCEA I. — Drept penal, Ed. didactică și pedagogică, București, 1970.
OZUN R., POENARU E. — Responsabilitatea profesională și socială a medicului, Ed. medicală, București, 1973.
OZUN R., POENARU E. — Medicină și adevăr, Ed. medicală, București, 1976.
PAMFIL E. și colab. — Nevrozele, Ed. Facla, Timișoara, 1974.
PANAITESCU GH., POPESCU E. — Accidente medicamentoase, Ed. medicală, București, 1969.
PANAITESCU GH., POPESCU E. — Efectele secundare ale medicamentelor, Ed. medicală, București, 1970.
PANDREA A. — Medic la Boișoara, Ed. Litera, București, 1967.
PAPADOPOL A. — Principii de drept, Ed. didactică și pedagogică, București, 1958.
PAVELCU V. — Principii de docimologie, Ed. didactică și pedagogică, București, 1968.
PAVELCU V. — Drama psihologiei, Ed. științifică, București, 1970.
PĂUNESCU-PODEANU A. — Bolnavi dificili, Ed. medicală, București, 1969.
PENNEAU J. — Faute et erreur en mathière de responsabilité médicale, Ed. Pichon, 1973.
PESCARU I. — Conducerea unităților sanitare, Ed. Dacia, Cluj, 1972.
PESCARU I. — Sănătate și societate, Ed. științifică, București, 1973.

PESCARU I. — Informația în conducerea și organizarea sănătății, Ed. medicală, București, 1973.
PETEANU V. și colab. — Conducere și informatică, Ed. Dacia, Cluj, 1974.
PFFEIFER H. — Die Sprache der Toten, Berlin, 1970.
PIAGET J. — Psihologia inteligenței, Ed. științifică, București, 1967.
PIAGET J. — Psihologie și pedagogie, Ed. didactică și pedagogică, București, 1972.
POLSON J. C. — The Essentials of Forensic Medecine, Pergamon Press Ltd., Oxford, 1965.
POP D., POPA I. — Inima, patologie și tratament chirurgical, Ed. medicală, București, 1975.
POPA GH., HANGANU E. — Faces of Death, Comunic. Amsterdam, 1975.
POPESCU I. — Maxime și texte medicale alese, Ed. medicală, București, 1974.
POPESCU-NEVEANU P. — Amăgire și adevăr în morală, Ed. științifică, București, 1968.
POPESCU V. — Atitudinea morală și stimulentele morale, Ed. Academiei R.S.R., București, 1969.
POPESCU V. — Morala socialistă a muncii, Ed. științifică și enciclopedică, București, 1975.
POPIELSKI B. — Medycyna i pravo, Panstwowy Zaklad Wydawnictw Lekarskich, Warszawa, 1968.
PROZOROWSKI I. V. — Sudebnaia Mediținа, Medghiz, Moscova, 1968.
RADU F. — Procese definitorii ale dezvoltării societății socialiste, Ed. științifică, București, 1975.
RALEA M. — Introducere în sociologie, București, 1944.
RALEA M. — Explicația omului, Cartea românească, 1947.
RALPH A. N. — *Riv. int. Filos., Dirit.*, 1968, 1, 1.
RĂCEANU I. — Omul sub semnul posibilului, Ed. politică, București, 1975.
RIPERT G. — La règle morale dans les obligations civiles, Paris, 1949.
ROSTAND J. — Corespondența unui biolog, Ed. enciclopedică, București, 1975.
RUBINSTEIN S. L. — Existență și coexistență, Ed. științifică, București, 1962.
SAVATIER R. — Traité de droit médical, Paris, 1956.
SĂHLEANU V. — Descartes și științele medico-biologice, Ed. Academiei R.P.R., București, 1962.
SĂHLEANU V. — Etica cercetării științifice, Ed. științifică, București, 1967.
SĂHLEANU V. — Poem didactic, Ed. Litera, București, 1970.
SĂHLEANU V. — Omul și îmbătrînirea, Ed. enciclopedică, București, 1971.
SĂHLEANU V. — Știința și filozofia informației, Ed. politică, București, 1972.
SĂHLEANU V. — Eseu de biologie informațională, Ed. științifică, București, 1973.
SĂHLEANU V., ATHANASIU A. — Psihologia profesiunii medicale, Ed. științifică, București, 1973.
SĂHLEANU V. — Prolegomene la o medicină axiologică, *Forum, Șt. sociale*, 1973, 5, nr. 2, p. 166.
SĂHLEANU V. — Știința rece și arta fierbinte, Ed. Univers, București, 1974.
SĂHLEANU V. — Conceptul despre om în medicina contemporană, Ed. Dacia, Cluj, 1976.
SCRIPCARU GH., CIORNEA T. — Deuxième Congrès Internat. de Morale Médicale, Paris, 1966, 331.
SCRIPCARU GH. și colab. — Jus medicum, Gant, 1969, 187.

SCRIPCARU GH., TERBANCEA M. — Medicina legală, Ed. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1970.
SCRIPCARU GH. — Aportul şi limitele probei medico-legale în justiţie, I.M.F. Iaşi, 1975.
SÈVRE L. Marxismul şi teoria personalităţii, Ed. politică, Bucureşti, 1974.
SOLIÉ P. — Médecine et homme total, Paris, 1970.
SPINOZA B. — Etica, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1957.
STERE E. — Din istoria doctrinelor morale, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1975.
STOICA V. — Răspunderea penală pentru infracţiunile contra persoanei, Bucureşti, 1962.
STUGREN B. — Evoluţionismul în secolul XX, Ed. politică, Bucureşti, 1969.
SAFRAN O. — Instruirea morală, Ed. didactică şi pedagogică, Bucureşti, 1971.
SISKIN F. A. — Bazele eticii marxiste, Ed. politică, Bucureşti, 1963.
SORA D. — Şarpele şi cupa, Ed. Junimea, Iaşi, 1972.
SORAN V. — De la moleculă la viaţă, Ed. enciclopedică, Bucureşti, 1972.
TAREGORODŢEV I. G. — Probleme filozofice ale medicinei, Ed. medicală, Bucureşti, 1963.
TĂNASE AL. — Introducere în filozofia culturii, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1968.
TĂNASE AL. — Cultură şi umanism, Ed. Junimea, Iaşi, 1973.
TRĂSNEA O. — Morala socialistă, Ed. politică, Bucureşti, 1965.
TAYLOR L. J. — The Doctor and the Law, Pitman Medical Publishing Co Ltd., Londra, 1970.
VASILIU T. şi colab. — Codul penal adnotat, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1975.
VIANU T. — Introducerea la teoria valorilor, Bucureşti, 1962.
VOICULESCU M. — Ştiinţă, umanism şi rolul medicinei, *Viaţa med.*, 1973, 13, 577.
VOICULESCU M. — Noi dileme etice ale medicinei moderne, *Viaţa med.*, 1973, 24, 1 105.
VONICA R. — Responsabilitatea civilă a medicilor, Teză de doctorat, I.M.F. Iaşi, 1972.
UROS T. — Natura, omul, ştiinţa şi religia, Ed. ştiinţifică, Bucureşti, 1969.
ZAMFIRESCU D. V. — Etica creştină şi etica marxistă, Ed. politică, Bucureşti, 1975.
* * * — II-ème Congrès de Morale Médicale, Paris, 1966.
* * * — Tineretul şi idealul moral, Ed. Academiei R.P.R., Bucureşti, 1969.
* * * — Responsabilitatea medicală, Timişoara, 1970.
* * * — Social aspects of obstetrical practices, Buenos Aires, 1970.
HERIŞAN S. — Dicţionar de citate medicale şi aforisme, Ed. medicală, Bucureşti, 1971.
* * * — Le médecin face aux risques, Ed. Fayard, Paris, 1972.
* * * — Teoreticeskie problemî psihologhii licinosti, Moscova, 1974.
* * * — Norme generale de organizare şi funcţionare a unităţilor sanitare, Ministerul Sănătăţii, 1974.
* * * — Journal of Medical Ethics, Londra, 1975, 1—4.
* * * — La responsabilité civile, 1975.
* * * — Un univers într-o carte, 1976.